



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

ELANE MOREIRA DE MATTOS CHAVES

**CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: CONHECIMENTO, ATITUDES E
PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

RIO DE JANEIRO

2023



ELANE MOREIRA DE MATTOS CHAVES

**CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: CONHECIMENTO, ATITUDES E
PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: “Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade”.

Linha de pesquisa: “Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e Ser Cuidado”.

Orientadora: Prof^a. Dra. Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa.

Coorientadora: Prof^a. Dra. Renata Flávia Abreu da Silva.

RIO DE JANEIRO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada à fonte.

C512

Chaves, Elane Moreira de Mattos
Cuidado Centrado no Paciente: Conhecimento,
Atitudes e Práticas dos Profissionais de Saúde. /
Elane Moreira de Mattos Chaves. -- Rio de Janeiro,
2023.
95 p.

Orientadora: Vanessa de Almeida Ferreira Corrêa.
Coorientadora: Renata Flávia Abreu da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2023.

1. Cuidado centrado no paciente. . 2.
Assistência centrada no paciente. . 3. Segurança do
paciente. . 4. Conhecimento, atitudes e práticas em
saúde. . I. Corrêa, Vanessa de Almeida Ferreira ,
orient. II. Silva, Renata Flávia Abreu da ,
coorient. III. Título.

CHAVES, ELANE MOREIRA DE MATTOS. **Cuidado Centrado no Paciente: Conhecimento, Atitudes e Práticas dos Profissionais de Saúde.** 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: "Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade".

Linha de pesquisa: "Enfermagem: Saberes e Práticas de Cuidar e Ser Cuidado".

Aprovada em: 27/04/2023

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 VANESSA DE ALMEIDA FERREIRA CORREA
Data: 28/06/2023 20:49:14-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof^a. Dra. VANESSA DE ALMEIDA FERREIRA CORRÊA - Orientadora
Doutora em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Prof^a. Dra. DANIELLE DE MENDONÇA HENRIQUE – 1.^a EXAMINADORA

Prof^a. Dra. SÔNIA REGINA DE SOUZA – 2.^a EXAMINADORA

Prof^a. Dra. CINTIA FASSARELLA – MEMBRO SUPLENTE EXTERNO

Prof^a. Dra. MARY ANN M. FREIRE – MEMBRO SUPLENTE UNIRIO

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus pelo cuidado e a maneira que tem conduzido minha vida, as conquistas profissionais são uma pequena parcela das inúmeras bênçãos que tenho desfrutado ao longo dos anos. Aproveito para agradecer especificamente a Ele, pela oportunidade de ingressar no Mestrado, onde tive a oportunidade de me desenvolver em uma Universidade tão renomada como a UNIRIO.

Agradeço ao meu esposo Samuel Chaves, por todo incentivo e apoio durante essa jornada. Os desafios ficam mais leves quando temos pessoas ao nosso lado que acreditam e confiam no nosso potencial. Você sonhou, acreditou, torceu e vibrou juntamente comigo. Obrigada por acreditar na minha capacidade e por não me deixar desistir. Agradeço a minha mãe Eliede Moreira pelas orações, você sempre me apoiou e incentivou a correr atrás dos meus objetivos mesmo que o caminho não seja tão fácil. Agradeço também, a toda minha família e amigos pelo carinho e torcida.

Agradeço às minhas queridas orientadoras, Prof^a Vanessa e Prof^a Renata Flávia, vocês foram essenciais nesse processo, obrigada por me conduzirem de uma forma tão especial, obrigada por cada sugestão, cada troca de conhecimentos e cada palavra de incentivo, não tenho dúvidas que esse processo desafiador, foi bem mais leve porque tive pessoas tão querida e tão capacitadas me orientando. Espero que vocês continuem nessa jornada, contribuindo na formação de profissionais e na melhoria da saúde do nosso país.

Também gostaria de agradecer à banca examinadora (efetivos e suplentes) Prof^a Danielle Henrique, Prof^a Sônia Souza, Prof^a Cintia Fassarella e Prof^a Mary Freire. Obrigada por aceitarem prontamente o convite e pelas contribuições, reflexões e sugestões.

Agradeço aos profissionais que participaram desse estudo, muito obrigada por compartilharem suas experiências e por terem contribuído diretamente para o desenvolvimento deste estudo. Agradeço às minhas queridas colegas Caroline e Bárbara pela parceria, ajuda e todo apoio. Também agradeço a equipe da Pós Graduação da UNIRIO, por todo apoio, esclarecimentos e incentivo. Me sinto privilegiada por ter tido a oportunidade de estudar em uma Instituição tão renomada e comprometida com a formação e educação.

CHAVES, ELANE MOREIRA DE MATTOS. **Cuidado Centrado no Paciente: Conhecimento, Atitudes e Práticas dos Profissionais de Saúde.** 2023. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

RESUMO

Introdução: O modelo cuidado centrado orienta os profissionais de saúde a trabalharem colaborativamente com o paciente, construindo o cuidado adaptado às suas necessidades, e não à doença em si. Estimular os pacientes a participarem das decisões do cuidado funciona como um parâmetro importante da qualidade da assistência, porém, discussões sobre essa temática, ainda, são incipientes nas instituições de saúde. **Objetivo geral:** Analisar o conhecimento, as atitudes e as práticas dos profissionais de saúde sobre o cuidado centrado no paciente na atenção hospitalar. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, com abordagem qualitativa e análise de conteúdo temático categorial, desenvolvida entre os meses de maio e julho de 2022. Os participantes compreenderam 28 profissionais da saúde, com formação de nível superior, que compõem as equipes multidisciplinares das instituições hospitalares localizadas na cidade do Rio de Janeiro - RJ, Brasil. Estes foram convidados por meio da amostragem em bola de neve. Coletaram-se os dados mediante entrevistas semiestruturadas via *online* pela plataforma Zoom®. **Resultados:** Através da análise de conteúdo temático-categorial, foi possível apresentar 03 categorias provenientes das falas dos profissionais de saúde, perfazendo um total de 405 UR, agrupadas em 22 US. As categorias foram intituladas: Conhecimento sobre Cuidado centrado no paciente; Atitudes dos profissionais acerca do Cuidado centrado no paciente; e Práticas dos profissionais em relação ao Cuidado centrado. Identificaram-se durante a análise das entrevistas, os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre a temática cuidado centrado no paciente, considerando que a oferta deste cuidado ainda se apresenta como um processo. Sendo importante refletir quanto à necessidade da inserção do cuidado centrado no paciente como um modelo de atenção e não, apenas, como uma abordagem individual de cada profissional de saúde. **Considerações Finais:** Os profissionais apresentaram em suas falas os princípios que norteiam o cuidado centrado no paciente. Todavia, a participação do paciente, a partir desta pesquisa, parece, ainda, apresentar-se como um desafio ao se pensar sobre a construção do cuidado centrado e a constituição de um modelo de atenção voltado ao cuidado centrado. O desenvolvimento dessa pesquisa ampliou a compreensão do cuidado centrado no paciente quanto aos princípios que o norteiam; das nomenclaturas utilizadas; e até mesmo no entendimento que o cuidado centrado perpassa para além das questões de satisfação do cliente. O presente estudo poderá contribuir para o ensino e a pesquisa pela sinalização da necessidade de ampliar discussões a respeito da temática, na atenção hospitalar. Por se tratar de uma pesquisa em formato *online* (remoto), o aprofundamento do tema durante as entrevistas foi um limitante a ser considerado.

Descritores/palavras-chave: Cuidado centrado no paciente; Assistência centrada no paciente; Segurança do paciente; Conhecimento, atitudes e práticas em saúde.

CHAVES, ELANE MOREIRA DE MATTOS. **Patient-Centered Care: Knowledge, Attitudes and Practices of Health Professionals**, 2023. Dissertation (master's in nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

ABSTRACT

Introduction: The care-centered model guides health professionals to work collaboratively with patients, building care adapted to their needs, not to the disease itself. Encouraging patients to participate in the decisions of care works as an important parameter of the quality of care, however, discussions on this theme are still incipient in health institutions. **General objective:** To analyze the knowledge, attitudes, and practices of health professionals about patient-centered care in hospital care. **Methodology:** This is descriptive research, with a qualitative approach and categorical thematic content analysis, developed between May and July 2022. The participants comprised 28 health professionals, with higher education, who constitute the multidisciplinary teams of hospital institutions located in the city of Rio de Janeiro - RJ, Brazil. They were invited by using snowball sampling. Data were collected through semi-structured interviews via online through the Zoom® platform. **Results:** Through the thematic-categorical content analysis, it was possible to present 03 categories from the health professionals' speeches, totaling 405 UR, grouped in 22 US. The categories were entitled: Knowledge about Patient-Centered Care; Attitudes of professionals about Patient-Centered Care; and practices of professionals regarding Patient-Centered Care. During the analysis of the interviews, the knowledge, attitudes and practices of health professionals on the theme of patient-centered care were identified, considering that the provision of this care is still a process. It is important to reflect on the need for the insertion of patient-centered care as a model of care and not only as an individual approach by each health professional. **Final Considerations:** The professionals presented in their statements the principles that guide patient-centered care. However, the participation of the patient, according to this research, still seems to present itself as a challenge when thinking about the construction of patient-centered care and the constitution of a healthcare model focused on patient-centered care. The development of this research has broadened the understanding of patient-centered care in terms of the principles that guide it, the nomenclatures used, and even the understanding that patient-centered care goes beyond issues of customer satisfaction. This study may contribute to teaching and research by signaling the need to expand discussions on the subject in hospital care. Since this is a research in an online (remote) format, the depth of the topic during the interviews was a limitation to be considered.

Descriptors/Keywords: Patient-Centered Care; Patient-Centered Care; Patient Safety; Knowledge; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

CHAVES, ELANE MOREIRA DE MATTOS. **Atención Centrada en el Paciente: Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los Profesionales de la Salud**, 2023. Disertación (Master en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

RESUMEN

Introducción: El modelo de atención centrada orienta a los profesionales de la salud a trabajar en colaboración con el paciente, construyendo la atención adaptada a sus necesidades, no a la enfermedad en sí. Estimular la participación de los pacientes en las decisiones asistenciales funciona como un parámetro importante de la calidad de la atención, sin embargo, las discusiones sobre este tema aún son incipientes en las instituciones de salud. **Objetivo general:** Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales sanitarios en relación con la atención centrada en el paciente en la asistencia hospitalaria. **Metodología:** Se trata de una investigación descriptiva con abordaje cualitativo y análisis de contenido temático categorial, desarrollada entre mayo y julio de 2022. Los participantes fueron 28 profesionales de salud, con educación superior, que componen los equipos multidisciplinares de instituciones hospitalarias ubicadas en la ciudad de Río de Janeiro - RJ, Brasil. Estos fueron invitados a través de un muestreo de bola de nieve. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semiestructuradas vía online a través de la plataforma Zoom®. **Resultados:** A través del análisis de contenido temático-categorial, fue posible presentar 03 categorías a partir de los discursos de los profesionales de salud, totalizando 405 UR, agrupadas en 22 US. Las categorías fueron tituladas: Conocimientos sobre la Atención Centrada en el Paciente; Actitudes de los profesionales sobre la Atención Centrada en el Paciente; y Prácticas de los profesionales en relación a la Atención Centrada en el Paciente. Durante el análisis de las entrevistas, se identificaron los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud sobre el tema de la atención centrada en el paciente, considerando que la prestación de esta atención aún es un proceso. Es importante reflexionar sobre la necesidad de inserción de la atención centrada en el paciente como modelo de atención y no sólo como abordaje individual de cada profesional de salud. **Consideraciones Finales:** Los profesionales presentaron en sus declaraciones los principios que orientan la atención centrada en el paciente. Sin embargo, la participación del paciente, a partir de esta investigación, todavía parece presentarse como un desafío cuando se piensa en la construcción de la atención centrada en el paciente y en la constitución de un modelo de atención centrado en el paciente. El desarrollo de esta investigación amplió la comprensión de la atención centrada en el paciente en cuanto a los principios que la orientan, las nomenclaturas utilizadas e incluso la comprensión de que la atención centrada va más allá de las cuestiones de satisfacción del cliente. Este estudio puede contribuir a la enseñanza y a la investigación al señalar la necesidad de ampliar las discusiones sobre el tema en la atención hospitalaria. Por tratarse de una investigación online (a distancia), la profundización del tema durante las entrevistas fue una limitación a ser considerada.

Descriptor/palabras-clave: Atención Dirigida al Paciente; Atención Dirigida al Paciente; Seguridad del Paciente; Conocimiento, Actitudes y Prácticas en Salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. PRISMA: Fluxograma de seleção dos artigos Revisão integrativa.	Pág 27
Quadro 1: Artigos selecionados em Revisão integrativa.	Pág 28
Quadro 2: Tabulação dos dados utilizando o inquérito CAP (conhecimento, atitudes e práticas) sob a percepção dos autores a respeito do cuidado centrado no paciente - Rio de Janeiro – 2022.	Pág 32
Quadro 3: Dimensões da qualidade do cuidado proposto pelo IOM.	Pág 37
Quadro 4: Apresentação simbólica do que se refere a uma abordagem e um modelo do cuidado centrado no paciente.	Pág 77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos Participantes	Pág 53
Tabela 2 - Temas da categoria 1: Conhecimento sobre cuidado centrado no paciente.	Pág 57
Tabela 3 - Temas da categoria 2: Atitudes sobre cuidado centrado no paciente.	Pág 63
Tabela 4 - Temas da categoria 3: Práticas sobre cuidado centrado no paciente.	Pág 70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA - *American Medical Association*

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS - Atenção Primária à Saúde

BDENF - Base de dados em Enfermagem

BA - Bahia

BR - Brasil

CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CAP - Conhecimentos, Atitudes e Práticas

CINAHL - *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

EA - Evento Adverso

EUA - Estados Unidos da América

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBSP - Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente

IHI - *Institute for Health Improvement*

IOM - *Institute of Medicine*

LS - Letramento em Saúde

LILACS - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde

MeSH - *Medical Subject Headings*

MS - Ministério da Saúde

NPSA - *National Patient Safety Agency*

NPSF - *National Patient Safety Foundation*

NSP - Núcleos de Segurança do Paciente

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONA - Organização Nacional de Acreditação

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PICo - *population, intervention, comparison, context*

PNH - Política Nacional de Humanização

PNSP - Programa Nacional de Segurança do Paciente

PPGENF - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

PROQUALIS - Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente

PubMed - *Public/Medline* ou *Publisher Medline*

RI - Revisão Integrativa da Literatura

RJ - Rio de Janeiro

SP - São Paulo

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIRIO - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UR - Unidades de Registro

US - Unidades de Significação

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	15
2. INTRODUÇÃO	17
2.1 Objetivo geral	24
2.2 Objetivos específicos	24
2.2 Justificativa	25
3. REFERENCIAL TEÓRICO	35
3.1 Gestão da Qualidade em Saúde	35
3.2 Cuidado centrado no paciente: na perspectiva do inquérito Conhecimentos, Atitudes e Práticas.	40
4. METODOLOGIA	47
4.1 Tipo de Abordagem do Estudo	47
4.2 Cenário do Estudo	47
4.3 Participantes do Estudo	48
4.4 Coleta de Dados	50
4.5 Análise dos Dados	51
4.6 Aspectos Éticos da Pesquisa	52
4.7 Orçamento	52
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	53
5.1 Perfil dos Participantes da Pesquisa	53
5.2 Apresentação e Discussão dos Resultados	55
5.2.1 Categoria Intitulada: Conhecimentos sobre o cuidado centrado no paciente.	56
5.2.2 Categoria intitulada: Atitudes dos profissionais acerca do cuidado centrado no paciente.	63
5.2.3 Categoria intitulada: Práticas dos profissionais relacionadas ao cuidado centrado no paciente.	70
6. CONSIDERAÇÕES PARCIAIS	80
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	87
APÊNDICE B: DADOS GERAIS DOS PARTICIPANTES	89

APÊNDICE C: ROTEIRO ENTREVISTA -<i>ONLINE</i>	90
CRONOGRAMA	91
ANEXO 1: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	92

1. APRESENTAÇÃO

Sou Elane Moreira de Mattos Chaves, enfermeira há oito anos. Minha trajetória na Enfermagem teve início após a conclusão do curso de Graduação em Enfermagem no final do ano de 2014, pela Faculdade Adventista da Bahia (BA), Brasil (BR). Naquela ocasião, participei de um processo seletivo, sendo selecionada para participar de um programa de Pós-Graduação em formato de Residência em um hospital privado na cidade do Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Concluí o curso de pós-graduação em 2015, e, logo após sua conclusão, fui contratada na mesma Instituição para atuar como enfermeira assistencial do Pronto Atendimento. Atuei nessa função por, aproximadamente, seis meses.

Fui, então, convidada a fazer parte da equipe da “Gestão de Qualidade e Núcleo de Segurança do Paciente” da mesma Instituição. Para aprimorar o conhecimento nessa área, participei de cursos de pequena e média duração, além de congressos nacionais e internacionais. Por fim, em 2020, consegui concluir a Especialização em Gestão da Qualidade em Saúde com o desejo de aprimorar minha formação nessa área.

Durante os últimos seis anos, participei do Gerenciamento dos Riscos Assistenciais, Análises de Ocorrências relacionadas aos processos de saúde, Gerenciamento de Protocolos e o acompanhamento do processo de Acreditação Hospitalar, tendo a oportunidade de participar ativamente do projeto de implantação da certificação de Qualidade Internacional no meu local de trabalho. Nesse contexto, mantive o interesse e motivação em pesquisar temas relacionados à Qualidade e Segurança do Paciente, por acreditar que o modelo voltado aos pacientes e suas famílias é direcionado para a gestão de qualidade.

Entre diversas conversas sobre qualidade e segurança nos serviços de saúde, percebi que o modelo biomédico ainda prevalece nas instituições, onde nem sempre são priorizadas as necessidades dos pacientes para organizar serviços, mas, sim, as necessidades dos serviços para organizar os cuidados ofertados aos pacientes. Muitos profissionais verbalizam, inclusive, conhecerem e praticarem o cuidado centrado nos pacientes, porém, as atitudes demonstram que continuamos cuidando dos pacientes como indivíduos passivos no processo que envolve sua saúde. Percebo, por meio de minha experiência, que, a ideia de envolver os

pacientes e torná-los coparticipantes na tomada de decisão de seu cuidado, ainda é uma discussão tímida nas instituições.

Nesse sentido, tornam-se importantes estudos que ampliem a discussão dessa temática, a fim de estimular a compressão dos profissionais no que diz respeito às práticas do cuidado centrado no paciente e sua família, entendendo que o paciente pode e deve ser o protagonista da assistência; e um importante aliado nas barreiras de segurança e na prevenção de incidentes.

Assim, com o objetivo de aprofundar os conhecimentos científicos sobre o tema, decidi concorrer ao processo seletivo do mestrado, no Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO), fazendo parte da Linha de Pesquisa “Enfermagem: Saberes de Práticas de Cuidar e Ser Cuidado”, do Grupo de Pesquisa CNPq “Enfermagem e a Saúde da População.

INTRODUÇÃO

No início deste século, no relatório apresentado pelo *Institute of Medicine* (IOM), intitulado: “Atravessando o abismo da qualidade: um novo sistema de saúde para o século XXI”, foi estabelecido que o cuidado centrado no paciente deveria ser incluído como um dos objetivos do plano de melhoria da qualidade. No documento, o cuidado centrado no paciente é definido como “a prestação do cuidado de forma respeitosa, respondendo às necessidades, preferências e valores da pessoa assistida, com a garantia de que tais valores norteiam todas as decisões clínicas” (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001, p.6).

Com o objetivo de reduzir a lacuna entre o que se espera de um atendimento de saúde com qualidade e o atendimento que as pessoas realmente vivenciam, foram definidos seis atributos/dimensões para gestão de qualidade, servindo como norteadores para as instituições de saúde, sendo esses: a segurança do paciente, juntamente com a efetividade, a oportunidade do cuidado, a centralidade no paciente, a equidade e a eficiência (BRASIL, 2014).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021, p. 7), o conceito de segurança do paciente se refere à “uma estrutura de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que reduz riscos de forma consistente e sustentável [...]”. Em 2004, com o objetivo de organizar essas definições e estimular medidas que possibilitem a diminuição de riscos, a OMS criou o programa “Aliança Mundial para Segurança do Paciente”, focando em seis áreas de ação para potencializar a discussão sobre a importância da referida temática, estas áreas são: segurança do paciente; taxonomia; pesquisa; soluções para a segurança do paciente; notificação e aprendizagem; e um desafio mundial bienal para a segurança do paciente (OMS, 2004). As referidas estratégias encorajam as organizações de saúde a assumirem o compromisso com a segurança, através do desenvolvimento de uma cultura baseada na promoção de um ambiente seguro e livre de danos evitáveis para os pacientes.

No que se refere às estratégias diretas com a população, “Paciente pela Segurança do Paciente”, enfatiza que se “os pacientes forem colocados no centro do cuidado e incluídos como parceiros haverá melhora na segurança” (BRASIL, 2014,

p.27). Nesse contexto, a OMS incentiva o Cuidado Centrado no Paciente como uma prática de melhorias na assistência em saúde. Sendo definido como “um cuidado organizado de acordo com as necessidades e expectativas das pessoas e comunidades, e não mais em torno das doenças” (WHO, 2009).

No relatório publicado pela OMS “Estratégia global da OMS para serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas” é apresentado o apelo para uma mudança de paradigma fundamental na forma como os serviços de saúde são financiados, geridos e prestados no que diz respeito à integração e centralidade nas pessoas. Essa estratégia apresenta uma visão convincente de um futuro em que todas as pessoas tenham acesso a serviços de saúde prestados para atender às suas preferências, coordenados em torno de suas necessidades; e que sejam seguros, eficazes, oportunos, eficientes e de qualidade aceitável (WHO, 2015).

Nesse mesmo relatório, a Organização Mundial de Saúde afirma que:

O desenvolvimento de sistemas de cuidados mais centrados nas pessoas e integrados pode gerar benefícios significativos para a saúde e cuidados de saúde de todas as pessoas, seja em países de alta, média ou baixa renda. A abordagem também pode levar a uma série de resultados benéficos para o fortalecimento dos sistemas de saúde (WHO, 2015, p. 17).

Para que os serviços de saúde enfrentem os desafios dessa mudança de paradigma que envolve o cuidado centrado na pessoa, a estratégia da OMS propõe cinco direções estratégicas: 1. Capacitar e envolver as pessoas; 2. Fortalecer a governança e a responsabilidade; 3. Reorientar o modelo de atendimento; 4. Coordenar serviços e; 5. Criar um ambiente favorável. Juntas, essas direções buscam transformar os sistemas de saúde na oferta de um serviço focado na pessoa, familiares e comunidades (WHO, 2015).

Na Europa (UE), foi estabelecido, no Reino Unido, em 2000, o Picker Group, que consiste no Picker Institute Europe, sendo uma instituição de caridade internacional que trabalha com saúde e assistência social. Esse grupo tem como foco estimular “a compreensão e promoção do vínculo entre a experiência do paciente, o atendimento centrado na pessoa e a excelência clínica” (PICKER INSTITUTE EUROPE, 2022). Acreditando ser essencial perguntar às pessoas que recebem o serviço sobre sua experiência.

Dentro dos princípios que norteiam o cuidado centrado na pessoa, o Picker aborda oito princípios: o acesso rápido à saúde; tratamentos eficazes por profissionais de confiança; continuidade do cuidado e transições suaves; envolvimento e apoio a familiares e cuidadores; informação clara, comunicação e suporte para o autocuidado; envolvimento nas decisões e respeito pelas emoções; e apoio emocional, empatia e respeito e atenção às necessidades físicas e ambientais (PICKER INSTITUTE EUROPE , 2022). Acreditando que todos os cuidados devem ser de alta qualidade, e entendendo que a natureza das necessidades e motivações de cada pessoa é essencial nesse processo.

No Brasil, em resposta às discussões sobre a temática relacionada à qualidade do cuidado e segurança do paciente no mundo, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM n.º 529, de 1.º de abril de 2013, com o “objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional” (BRASIL, 2014, p. 14).

O PNSP apresenta quatro eixos: estimular a prática assistencial segura; envolver o cidadão na sua segurança; incluir o tema no ensino; e incrementar a pesquisa sobre o tema (BRASIL, 2014). Importante destacar que um dos eixos citados, o envolvimento do cidadão/paciente nas questões de segurança, é apresentado como um importante direcionador. Todavia, essa prática pode estar pouco presente nos hospitais brasileiros.

Diante disso, o PNSP defende que “o modelo centrado no paciente deve ser um dos elementos do plano local de segurança do paciente dos estabelecimentos de saúde” (BRASIL, 2014, p. 27). Essa iniciativa reforça a importância de as políticas públicas normatizarem e sistematizarem ações que agreguem valor à sociedade e potencializem a participação dos pacientes em seu próprio cuidado.

Desta forma, o conceito pressupõe a transformação do paciente em um participante ativo, empoderado sobre seu estado de saúde e com conhecimento e discernimento em relação aos acontecimentos que envolvem seus cuidados e sua vida (MOREIRA, 2010). Trata-se, portanto, de um modelo de atenção que se propõe

a romper paradigmas remanescentes do modelo biomédico e superar a fragmentação do cuidado (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2018)

De acordo com o Proqualis (2016), que se trata de um Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente vinculado ao ICICT/Fiocruz e financiado pelo Ministério da Saúde (MS), “se o cuidado é centrado na pessoa, sua forma depende das necessidades, das circunstâncias e das preferências do indivíduo que o recebe. O que é importante para uma pessoa pode ser desnecessário, ou até mesmo indesejável, para outra” (FIOCRUZ, 2016, p. 5). Por se tratar de uma área que está em evolução, a *Health Foundation* identificou quatro princípios ligados ao cuidado centrado na pessoa:

Assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito; Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento coordenado; Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento personalizado e Apoiar as pessoas para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena (HEALTH FOUNDATION, 2016, p. 5).

Assim, o cuidado centrado no paciente mostra que cada pessoa tem suas preferências e necessidades, o que demanda estabelecer um cuidado individualizado e respeitoso, além de uma parceria entre os profissionais e paciente no planejamento, acompanhamento e avaliação do cuidado, onde o paciente é envolvido como um participante ativo, tomando decisões a respeito da sua saúde (CARVALHO; FERRAZ, TEIXEIRA; MACHADO; BEZERRA, 2020).

Tal reflexão, também é presente na Política Nacional de Humanização (PNH), ao abordar de forma clara a importância de incluir o paciente no cuidado e estimular sua corresponsabilidade e o autocuidado.

Humanizar se traduz, então, como inclusão das diferenças nos processos de gestão e de cuidado” Tais mudanças são construídas não por uma pessoa ou grupo isolado, mas de forma coletiva e compartilhada. Incluir para estimular a produção de novos modos de cuidar [...] Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso para a ampliação da corresponsabilização no cuidado de si. (BRASIL, 2013).

Além de promover a autogestão do cuidado, o envolvimento do paciente pode aumentar a segurança da assistência e tem sido incentivado como forma de minimizar a ocorrência de incidentes (CARVALHO; FERRAZ, TEIXEIRA; MACHADO; BEZERRA, 2020 p.2). O paciente passa a ser ativo nas decisões e comprometido com as ações voltadas para uma assistência mais segura,

contribuindo, assim, para formar uma importante barreira de segurança nos processos complexos que envolvem sua saúde.

Visto a importância da oferta da assistência à saúde, com base na compreensão da participação do paciente para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, alguns governos incluíram o cuidado centrado no paciente como questão estratégica na reforma do sistema de saúde. Os planos de reforma desses países estimularam a parceria entre pacientes, profissionais de saúde, gestores e autoridades políticas para melhoria dos cuidados em saúde. Esses planos se realinharam aos resultados das pesquisas realizadas sobre a satisfação e expectativa dos pacientes nos serviços de saúde (GOMES, 2016).

No Brasil, o Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo (SP), BR, elaborou uma cartilha com 10 passos para a segurança do paciente; no sexto passo, foi incluindo o seguinte item “o paciente envolvido com a segurança”, onde foram abordadas maneiras de incluir o paciente no seu cuidado, sendo eles: o fornecimento de informações importantes, já que o paciente precisa saber do seu histórico de saúde; interação com os profissionais de saúde sendo estimulados a participar da assistência; realizar questionamentos a respeito de procedimentos e tratamentos a que será submetido, além de proporcionar um ambiente onde o paciente e seus familiares sintam que estão recebendo um cuidado centrado nas suas necessidades individuais (Coren-SP, 2010). Essas ações “promovem interesse, motivação e satisfação com o cuidado prestado, aspectos que possibilitam ter um bom resultado nas condições de saúde” (Coren-SP, 2010, p.20).

Destaca-se que são diversos os termos que expressam a centralidade do cuidado em saúde no paciente, na pessoa, na família e na comunidade. Um estudo realizado em 2018, o qual teve como objetivo estabelecer uma Agenda para pesquisa sobre cuidado centrado no paciente no Brasil, os autores apresentaram aos participantes da pesquisa duas opções consideradas mais adequadas nos serviços de saúde: cuidado centrado no paciente e cuidado centrado na pessoa, e, após discussão, chegaram à seguinte conclusão:

Admitindo especificidades e sobreposição dos termos apresentados, o painel concluiu que o uso da expressão “cuidado centrado na pessoa” seria mais congruente à realidade do sistema de saúde brasileiro. Segundo as opiniões, o vocábulo “paciente” restringe a abordagem do sujeito e sugere certa vulnerabilidade daquele que recebe o cuidado de saúde, além de excluir o componente da promoção da saúde. Porém, se atentou também para a necessidade de cautela em afirmar que a expressão “cuidado centrado na pessoa” é mais apropriada do que “cuidado centrado no

paciente”, no sentido de evitar descaracterização e perda do foco central do cuidado (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2018, p.8).

Nesta pesquisa, optou-se por utilizar o termo “Cuidado Centrado no Paciente”, por entender que o termo "paciente" ainda é bastante utilizado no contexto da assistência em saúde no cenário de desenvolvimento desta pesquisa, além de ser mais abrangente na literatura nacional e internacional. Contudo, esta opção não descaracteriza a ideia de pesquisar para potencializar um cuidado de saúde construído entre pessoas: pacientes e sua rede de produção de cuidados (familiares e comunidade); e profissionais da atenção e da gestão em saúde.

No que diz respeito à atuação dos profissionais de saúde acerca do cuidado centrado, o PNSP, refere que a maior parte dos pacientes não conhece os seus direitos e os que conhecem, muitas vezes, não são compreendidos pelos profissionais da saúde (BRASIL, 2014, p.27). Essa referência nos permite destacar dois pontos importantes: a necessidade de estimular o letramento em saúde e a compreensão por parte dos profissionais de saúde sobre as necessidades de cada paciente, assim como seus direitos e responsabilidades.

Sobre o Letramento em Saúde (LS), esse conceito tem sido discutido ao longo dos anos, o termo LS é um descritor de origem inglesa *health literacy* e abrange a influência do letramento no contexto da saúde. Foi traduzido para o português como alfabetização em saúde em meados dos anos 80 (SANTOS et al., 2015).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o LS os cidadãos podem desempenhar um papel ativo na melhoria de sua própria saúde e se envolver com sucesso na ação comunitária na busca pela equidade na saúde (WHO). Trata-se de um contínuo processo de aprendizagem, desenvolvimento e conhecimento para o alcance de objetivos e para participação da sociedade (PASSAMAI, et al., 2012). Desta forma, é possível relacionar o LS como um forte aliado no cuidado centrado no paciente, já que a ideia de coparticipação no cuidado envolve direitos e responsabilidades das pessoas envolvidas.

No que diz respeito à compreensão dos profissionais de saúde acerca das necessidades presentes em cada pessoa como paciente dos serviços de saúde, pode ser desafiador para os profissionais que não conhecem a importância do envolvimento dos pacientes no processo do cuidado, a oferta de um cuidado centrado.

Atenta-se que o conhecimento sobre um determinado assunto pode influenciar diretamente o comportamento do indivíduo e a construção de suas práticas diárias. Neste contexto, apresenta-se o inquérito Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP), o qual permite medir o que a população sabe (informações comumente conhecidas); pensa (fatores que influenciam o comportamento da maioria das pessoas); e atua (razões para suas atitudes, como e por que as pessoas praticam certos comportamentos) (BRASIL, 2002).

O estudo CAP foi inserido, inicialmente, em estudos epidemiológicos focando em estratégias de prevenção para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Desde então, a metodologia vem sendo utilizada na área da epidemiologia, adaptada a diferentes contextos com vistas ao planejamento estratégico e intervenções de promoção da saúde (BRASIL, 2002). O inquérito proposto para esse estudo foi adaptado com o objetivo de compreender e analisar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do cuidado centrado, suas atitudes sobre essa temática e como esse conhecimento e as atitudes refletem na sua prática, acredita-se ser um passo importante que pode contribuir para disseminação dessa temática.

Perante o exposto, o **Objeto** deste estudo é: conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o cuidado centrado no paciente na atenção hospitalar.

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o cuidado centrado no paciente na atenção hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre o cuidado centrado no paciente na atenção hospitalar.
- Compreender as atitudes dos profissionais de saúde sobre o cuidado centrado no paciente na atenção hospitalar.
- Caracterizar quais práticas dos profissionais de saúde na atenção hospitalar são voltadas ao cuidado centrado no paciente.

2.3 JUSTIFICATIVA

A implementação da prática do cuidado centrado no paciente representa um grande desafio para os serviços de saúde. “Tais desafios são atribuídos ao paternalismo, crenças e culturas da população; profissionais resistentes a mudanças, por acreditarem já praticar o cuidado centrado no paciente; poucos estudos empíricos direcionadores; ausência de lideranças; e a infraestrutura do ambiente” (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2018, p.4).

A relevância do estudo se apoia em identificar evidências de que o conhecimento dos profissionais está inteiramente ligado às suas atitudes e suas práticas. Além de ser benéfico, pode subsidiar campanhas voltadas à qualidade do cuidado, à ativação do paciente e à oferta de um cuidado ancorado na segurança do paciente.

Neste sentido, acredita-se que compreender o conhecimento, as atitudes e as práticas dos profissionais de saúde sobre a referida temática possa contribuir para a discussão científica sobre as relações do cuidado e a segurança do paciente, além de sensibilizar os profissionais de saúde quanto à sua responsabilidade em potencializar uma prática centrada no paciente.

De modo a aprofundar os conhecimentos acerca da temática, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de reunir as evidências científicas mais recentes no que se refere ao cuidado centrado no paciente. Definiu-se como questão de pesquisa: Quais são os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o cuidado centrado no paciente? A questão norteadora foi construída com base na estratégia PICO (P - População; I – Interesse; Co – Contexto).

A estratégia de busca realizada partiu da delimitação dos descritores, utilizando o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) para as bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e os descritores do *Medical Subject Headings* (MESH) para a base de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Sendo eles: “cuidado centrado no paciente”; “assistência centrada no paciente”, “conhecimentos, atitudes e práticas” e “patient-centered care”, “patient-centered

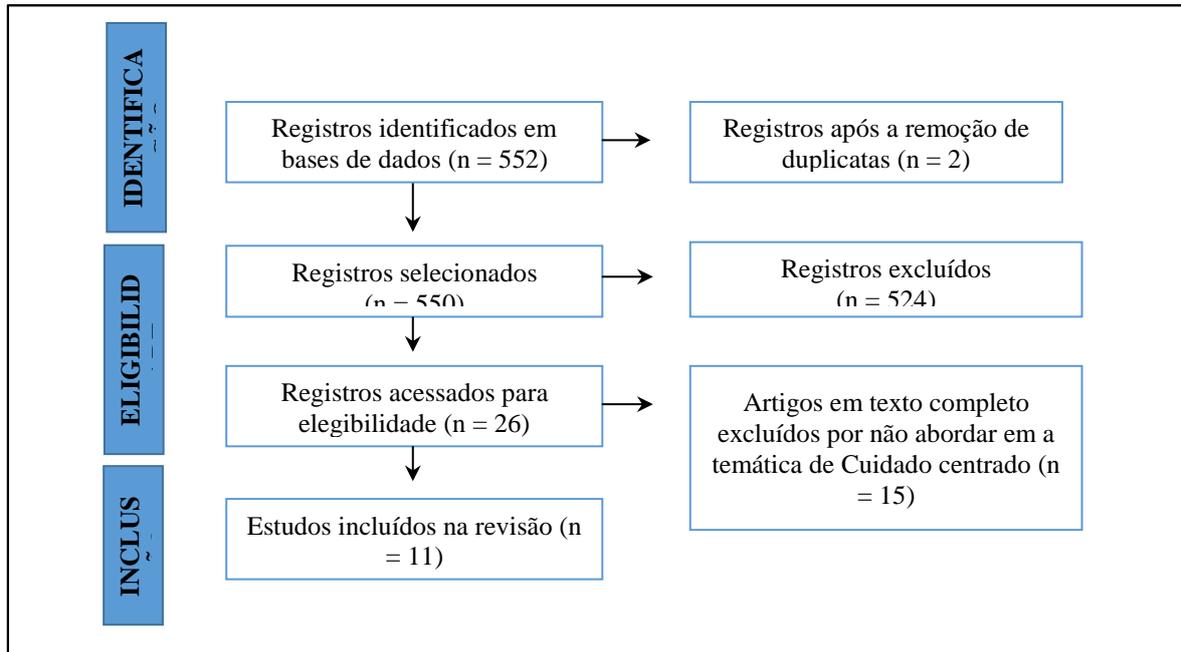
assistance”, “healthcare safety”, combinados por meio dos operadores *booleanos OR/AND*.

Tendo em vista o rigor da metodologia empregada nesta etapa, a busca foi realizada por três revisoras independentes, por meio do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES), não sendo evidenciadas discordâncias no quantitativo final de estudos encontrados.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, disponíveis na íntegra nas bases de dados; que tivessem relação com a temática proposta, publicados no período de janeiro de 2016 a julho de 2022. Quanto aos critérios de exclusão, destacaram-se: artigos duplicados, protocolos de estudo e estudos de revisão integrativa. A leitura dos títulos e resumos dos artigos, previamente pesquisados, proporcionou a seleção dos artigos condizentes com a questão norteadora e com a capacidade de contribuir com o objetivo da pesquisa, sendo utilizada a recomendação PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises) para auxiliar os autores na elaboração da RI.

Alicerçando-se na busca realizada nas bases de dados, localizou-se o total de 552 artigos. Destes, 524 foram excluídos pelos critérios: tempo, idioma e disponibilidade de forma gratuita nas bases de dados, e dois foram excluídos por duplicidade, resultando 26 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos, excluíram-se 15 artigos por discordância ao tema proposto na presente revisão, totalizando 11 artigos selecionados com informações relevantes para a pesquisa, conforme demonstrado na figura abaixo:

Figura 1. PRISMA: Fluxograma de seleção dos artigos Revisão integrativa.



Fonte: Autoria própria. Rio de Janeiro, RJ, 2022.

Finalmente, na quarta etapa houve a leitura dos artigos selecionados, para analisar os critérios de inclusão e selecionar os artigos relevantes para a pesquisa. Na quinta etapa os artigos selecionados foram tabulados e categorizados por título, autores, local e ano de publicação e os resultados.

Para facilitar a leitura e categorização dos artigos, construiu-se uma segunda tabela contendo as informações sobre conhecimento, atitudes e práticas nos estudos selecionados a respeito do cuidado centrado no paciente. Para identificação dos artigos, utilizou-se um número sequencial de ordem a partir do número "1". Para classificação das evidências dos estudos, foi utilizada a escala baseada na categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), os estudos inseridos nesta RI foram classificados com o nível de evidência 04, sendo estudos não experimentais, como as pesquisas descritivas e qualitativas ou estudos de caso (GALVÃO, 2006).

Entre os artigos selecionados, 46% tiveram o seu desenvolvimento na região Centro oeste do Brasil (BR); 36% na região Sudeste; e as regiões nordeste e sul foram representadas por 18% da amostra, não sendo identificados estudos desenvolvidos na região Norte, do referido país. Quanto à área de desenvolvimento, 45% dos estudos foram voltados à área hospitalar, 45% trata-se de estudos de

natureza teórica e 9% dos artigos selecionados relacionaram-se à Atenção Primária em Saúde (APS). Tais dados refletem a produção científica sobre a temática do cuidado centrado no paciente voltado à área hospitalar. No entanto, a APS não é livre de riscos, sendo de suma importância a discussão dessa temática, fundamentada na área da segurança do paciente. Atenta-se que, juntamente, a OMS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) declararam que a segurança do paciente é um desafio para a atenção primária, sendo, então, estimulados a investigação e tratativas de incidentes nessa área (CARVALHO et al., 2021). Uma análise de percepção sobre a relevância do cuidado centrado no paciente, realizada em Brasília (DF), Brasil, com profissionais de saúde de 24 Equipes de Saúde da Família, mostrou que o envolvimento do paciente favorece a sua compreensão das orientações e o capacita para administrar a sua saúde, promovendo o seu envolvimento (CARVALHO et al., 2021).

Quanto ao grupo populacional pesquisado, 18% (n=3) dos estudos definiram a população idosa na discussão voltada ao cuidado centrado, considerando a sua vulnerabilidade nos processos de internação hospitalar. Também foi identificada a possibilidade de alcançar melhora nos resultados terapêuticos, quando os pacientes idosos são motivados a participar da tomada de decisões acerca de sua saúde (PARANHOS; OLIVEIRA, 2018; WANDERLEY, V. S. et al., 2020; GOMES, 2016). Os demais artigos selecionados não definiram o grupo da população, sendo voltado apenas para a denominação de pacientes. A seguir, apresenta-se a organização dos artigos selecionados quanto ao título, autores, local do estudo/ano, e principais resultados (quadro 1).

Quadro 1: Artigos selecionados quanto ao título, autores, local do estudo/ano, objetivos e conclusões
- Rio de Janeiro – 2022.

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	LOCAL E ANO	RESULTADOS
1. O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde: as estratégias utilizadas pelos governos.	<u>Gomes, Patricia</u> <u>Helena Goulart.</u>	Brasil, 2016	Verificou-se que, a partir do início desse século, a inclusão do cuidado centrado no paciente se tornou item fundamental nas reformas dos sistemas de saúde dos países selecionados.
2. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente.	Paranhos, Denise G. A M; Albuquerque, Aline; Garrafa, Volnei.	Brasil, 2017	Os pacientes idosos apresentam vulnerabilidade acrescida em razão da fragilidade da rede de proteção social, da assimetria da relação de cuidado e do risco de dano a que estão sujeitos nos cuidados diários em saúde.
3. O modelo de cuidado centrado no paciente sob a perspectiva do paciente idoso	<u>Paranhos, Denise</u> <u>Gonçalves de</u> <u>Araújo Mello;</u> <u>Oliveira, Aline</u> <u>Albuquerque</u> <u>Sant'Anna.</u>	Brasil, 2018	O paciente idoso pode ser um protagonista ativo de sua terapêutica, desde que o modelo de cuidado o reconheça como central do tratamento.
4. O paciente como protagonista do cuidado de enfermagem durante a hospitalização: subsídios para a autonomia no processo de viver com DCNTS	<u>Chibante, Carla</u> <u>Lube de Pinho.</u>	Brasil, 2018	Identificou-se a cultura do modelo biomédico centrado na doença e no tratamento como norteador da prática da equipe de enfermagem, por meio de procedimentos técnicos.

<p>5. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil</p>	<p><u>Rodrigues, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz; Portela, Margareth Crisóstomo; Malik, Ana Maria.</u></p>	<p>Brasil, 2019</p>	<p>Os participantes do painel definiram um conjunto de itens a serem explorados em estudos no sentido da identificação de estratégias de implementação, fortalecimento e medição do cuidado centrado no paciente no contexto brasileiro.</p>
<p>6. Cuidado Centrado no Paciente e Família e Segurança do Paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente</p>	<p><u>Cruz, Andréia Cascaes; Pedreira, Mavilde da Luz Gonçalves.</u></p>	<p>Brasil, 2020</p>	<p>Compreender formas de incorporar os princípios do Cuidado Centrado no Paciente e Família às questões relacionadas à segurança do paciente pode contribuir para mitigar erros e eventos adversos em saúde.</p>
<p>7. Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente</p>	<p><u>Corgozinho, Marcelo Moreira; Barbosa, Larissa Oliveira; Araújo, Isabela Pereira de; Araújo, Gabriela Thomaz Ferreira de.</u></p>	<p>Brasil, 2020</p>	<p>Destacou-se a importância da equipe interprofissional para lidar com a dor e o sofrimento humano no contexto hospitalar; e o planejamento da assistência, considerando aspectos emocionais, econômicos e culturais, proporcionando bem-estar físico e mental ao paciente.</p>
<p>8. Experiência do paciente na coprodução do cuidado: percepções sobre os protocolos de segurança do paciente</p>	<p><u>Costa, Diovane Ghignatti dá ; Moura, Gisela Maria Schebella Souto de ; Pasin, Simone Silveira; Costa, dá Francis Ghignatti ; Magalhães, Ana Maria Müller de</u></p>	<p>Brasil, 2020</p>	<p>A coprodução do cuidado foi percebida nos protocolos de cirurgia segura e de prevenção de lesões decorrentes de queda. Na identificação do paciente, higienização de mãos e processo de medicação, verificou-se que a coprodução depende do comportamento proativo de pacientes-famílias, pois não é estimulada pelos profissionais.</p>
<p>9. Identificando elementos do cuidado centrado na pessoa: estudo qualitativo a partir da perspectiva de pacientes hospitalizados</p>	<p><u>Wanderley, Veluma de Sousa; Araújo, Karla Fernanda Gonçalves de; Santos, Matheus Medeiros de Moraes; Maroja, José Luis Simões; Muñoz, Rilva Lopes de Sousa.</u></p>	<p>Brasil, 2020</p>	<p>A confiança e a satisfação dos participantes na vivência do atendimento foram identificados como compatíveis com o método clínico centrado na pessoa. Contudo, não houve narrativas sugestivas de sua participação ativa nas decisões tomadas, observando-se, nesse aspecto, uma relação centrada no médico e/ou na doença.</p>

<p>10. Participação do paciente na segurança do cuidado: percepção de profissionais da Atenção Primária à Saúde.</p>	<p><u>Carvalho, Pedro Rodrigues;</u> <u>Ferraz, Emannuela Sofia Dantas; Teixeira, Cristiane Chagas;</u> <u>Machado, Valéria Bertonha;</u> <u>Bezerra, Ana Lúcia Queiroz;</u> <u>Paranaguá, Thatianny Tanferri de Brito</u></p>	<p>Brasil, 2021</p>	<p>O significado do envolvimento do paciente para a segurança do cuidado foi associado à corresponsabilização e ao cuidado centrado no paciente. Identificou-se lacuna na formação sobre envolvimento do paciente na segurança do cuidado.</p>
<p>11. Envolvimento do paciente na segurança do cuidado hospitalar: Percepção dos profissionais de saúde.</p>	<p>Ferraz, Emannuela Sofia Dantas; Carvalho, Pedro Rodrigues; Teixeira; Cristiane Chagas; Sousa, Johnatan Martins; Bezerra, Ana Lúcia Queiroz; Paranaguá, Thatianny Tanferri de Brito.</p>	<p>Brasil, 2021</p>	<p>A importância atribuída ao envolvimento do paciente na segurança da assistência foi associada à autonomia do paciente, o que agrega valor na sua segurança durante o processo de hospitalização. As práticas que facilitam o envolvimento do paciente no cuidado se relacionaram à interação entre paciente-profissional, à capacidade do paciente para se envolver e ao uso de ferramentas para o gerenciamento do cuidado.</p>

Fonte: Autoria própria. Rio de Janeiro, RJ, 2022.

Finalmente, na sexta etapa, ocorreu a interpretação dos dados e a correlação com a questão norteadora, utilizando o inquérito CAP (Conhecimento, Atitudes e Práticas) para construção das categorias através das práticas de cuidado centrado identificadas, segundo os resultados de pesquisa dos autores dos artigos científicos.

O modelo de pesquisa de CAP parte do pressuposto de que “um comportamento em saúde se prende a um processo sequencial: tem origem na aquisição de um conhecimento cientificamente correto, que pode explicar a formação de uma atitude favorável e a adoção de uma prática de saúde” (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2010, p.2).

Para PAIVA et al (2010), duas grandes correntes teóricas poderiam explicar o comportamento: “uma defende que as pessoas atuam pelas circunstâncias, pela situação; outra corrente diz que as pessoas atuam por seus valores e suas crenças”.

O modelo CAP se baseia na segunda teoria, estando dentre os métodos teórico-práticos de pesquisa quantitativa mais utilizados na área da saúde (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2010, p.2). O modelo CAP, na presente revisão, possibilitou que fossem identificados os diferentes pontos de vista dos autores sobre a prática do cuidado centrado.

Quadro 2: Tabulação dos dados utilizando o inquérito CAP (conhecimento, atitudes e práticas) sob a percepção dos autores a respeito do cuidado centrado no paciente - Rio de Janeiro – 2022.

Artigo Nº	Conhecimento	Atitudes	Práticas
01	Serviços responsivos e coordenados em torno das necessidades das pessoas e comunidades atendidas.	Não relatado.	Ouvir e valorizar a opinião dos pacientes.
02	Quando os pacientes idosos são motivados a participar da tomada de decisões acerca de sua saúde [...]	Desenvolver a empatia, interação, confiança, cooperação e reciprocidade [...]	[...]sejam informadas sobre os seus direitos
03	O doente deve ser o ator central dos cuidados, a quem devem ser dirigidas atenções que levem em conta seus anseios, medos, formas de encarar e enfrentar a doença, grau de educação, nível cultural e meio social.	Não relatado.	Inserção do paciente idoso no tratamento.
04	Cuidado seja centrado na pessoa, com as suas expectativas, experiências, saberes e práticas e com valores atribuídos ao processo saúde-doença.	Buscar analisar a autonomia desses pacientes.	Desenvolver ações no cuidado dos pacientes.
05	O envolvimento dos pacientes e acompanhantes na redução de danos evitáveis produzidos pelos serviços de saúde.	O compartilhamento de decisões entre profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes [...]	Não relatado.
06	Um cuidado ético, baseado nos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.	Promover a participação de pacientes e famílias no cuidado.	Prestação de um cuidado de qualidade que resulte em melhor experiência do paciente e família no contato com o sistema de saúde.

07	Ter visão holística do paciente. O planejamento assistencial deve considerar aspectos emocionais, econômicos e culturais, proporcionando bem-estar físico e mental.	Desenvolver o diálogo e a consciência dos diferentes pontos de vista [...]	Abordagem individual.
08	A participação do paciente como agente das ações de segurança no seu cuidado.	A coprodução de cuidados orientados.	Desenvolver parcerias efetivas entre equipes de saúde e pacientes-famílias.
09	Um atendimento mais integrado aos doentes.	Responsabilização conjunta quanto à tomada de decisão.	Ofertar a melhor atenção conforme as necessidades do doente.
10	Corresponsabilidade com o paciente [...]	Envolver o paciente no cuidado [...]	Desenvolver a comunicação aberta entre paciente e profissional de saúde, realização de grupos educativos, orientações verbais associadas ao uso de recursos impressos/visuais, desenvolvimento do plano de cuidados com o paciente e o envolvimento da família/cuidador.
11	Envolvimento do paciente na segurança da assistência, associada à autonomia do paciente, o que agrega valor na sua segurança durante o processo de hospitalização.	Não relatado.	[...] interação entre paciente-profissional, à capacidade de o paciente se envolver e o uso de ferramentas para o gerenciamento do cuidado.

Fonte: Autoria própria. Rio de Janeiro, RJ, 2022.

Com base na análise dos artigos, foi possível compreender o conceito de cuidado centrado no paciente nos artigos selecionados, o qual perpassa o conhecimento quanto ao cuidado físico e o tratamento de doenças, respeitando os valores e as necessidades individuais do paciente, tornando-o participativo nas tomadas de decisões que envolvem sua saúde.

Por meio das atitudes descritas, tais como: estreitar a relação entre pacientes e profissionais através da escuta, diálogo e valorizar a opinião do paciente, foi possível compreender como a literatura científica apresenta a centralização do cuidado. Através de iniciativas, tais como: coproduzir o cuidado e envolver o paciente no tratamento, demonstra-se como os profissionais colocam em prática a

ideia do cuidado centrado, a despeito dos desafios encontrados nas instituições de saúde.

Não foram encontrados estudos que monitorem e avaliem a efetividade das práticas desenvolvidas baseadas no modelo de cuidado centrado no paciente, como também não foram encontrados estudos que apresentem “ferramentas” que auxiliem a condução dessa prática.

Os resultados da revisão integrativa apontam a necessidade de estimular pesquisas e discussões sobre desenvolvimento e validação de instrumentos que norteiam a prática em saúde voltada ao cuidado centrado no paciente; e conseqüentemente, possibilite a avaliação da sua eficácia.

Além disso, é possível perceber que se trata de uma temática incipiente no que diz respeito à cultura do cuidado centrado, aliada à cultura de segurança do paciente.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CAPÍTULO 1 – Qualidade do Cuidado em Saúde

As discussões sobre qualidade foram iniciadas pela produção industrial americana, após a segunda guerra mundial. Contudo, a indústria japonesa apresentou maiores preocupações por menores custos, altas produções e ampliação de mercado de serviços (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Na área da saúde, vivia-se a era do capitalismo voltado para o cliente, onde os gestores buscavam soluções para associar a oferta de um cuidado de qualidade à redução ou controle dos custos (SIMAN, 2016).

Considerando essa necessidade de melhoria contínua dos processos nos serviços de saúde, as Instituições buscavam inserir a qualidade no modelo de gestão. Existiam várias definições para Qualidade do Cuidado em Saúde e uma das mais utilizadas era a do Institute of Medicine (IOM), na qual “a qualidade do cuidado é o grau em que os serviços de saúde voltados para indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados desejados; e são consistentes com o conhecimento profissional corrente” (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001, p.44).

Em 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou um documento “Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde”, com o objetivo de fornecer informações básicas sobre definições e questões comuns, em torno da qualidade dos sistemas e cuidados em saúde. Para a OMS:

O processo de definir qualidade através do envolvimento das partes interessadas e da formação de consensos é fundamental para estabelecer uma intenção partilhada e um entendimento para a abordagem nacional à qualidade. É essencial reconhecer a importância de contextualizar a qualidade, pois isso ajudará a orientar as atenções e a criar uma política de qualidade e correspondente estratégias que respondam às necessidades locais (OMS, 2020, p.14).

Avedis Donabedian, médico libanês, tornou-se um dos precursores da Gestão de qualidade em Saúde em sua estadia nos Estados Unidos da América (US), desenvolvendo pesquisas na Universidade de Michigan, voltada para a área de avaliação da qualidade e monitoramento dos serviços de saúde. Sua pesquisa ajudou a estabelecer a epidemiologia das necessidades do paciente. Donabedian deixou um legado por meio da apresentação da “Tríade de Donabedian”. Trata-se de um modelo conceitual para avaliar os serviços de saúde e a qualidade do cuidado

prestado. De acordo com o modelo, a avaliação da qualidade pode ser medida por meio de três aspectos: "estrutura", "processo" e "resultados" (JAMA, 1978).

Para Avedis Donabedian, a ideia de qualidade está presente em qualquer tipo de avaliação em saúde. A estrutura é caracterizada por aspectos estáveis como os profissionais, os instrumentos e os recursos utilizados, o local e o modelo de organização do trabalho. O processo diz respeito ao conjunto de atividades que os profissionais executam como, o diagnóstico, a proposta terapêutica e as ações preventivas. E o resultado é a rede ao nível de saúde e a satisfação dos pacientes (DONABEDIAN, 1988).

A definição de qualidade adotada pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) é: o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimento, aumenta a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados (BATALDEN; STOLTZ, 1993).

Donabedian definiu os "Sete pilares da qualidade": eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Essas dimensões nortearam os conceitos e objetivos que a qualidade em saúde almejava. Ao longo do tempo, esse conceito foi se modificando e incluindo novas dimensões. Em 2003, Donabedian definiu a qualidade do cuidado de saúde como produto de dois fatores: a ciência (conhecimento científico) e a tecnologia em saúde disponíveis; e a sua aplicação ao cuidado do paciente. Com isso, a qualidade do cuidado seria produto desses dois fatores e poderia ser caracterizada por diversas dimensões que incluem: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (FIOCRUZ, 2019).

O Institute of Medicine (IOM), em 2001, publicou o texto "Atravessando o abismo da qualidade: um novo sistema de saúde para o século XXI", destacando as seguintes dimensões da qualidade: segurança, efetividade, centralidade no paciente, oportunidade, eficiência e equidade (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001, p.6). Nesse relatório, a segurança do paciente e o cuidado centrado no paciente aparecem como umas das dimensões, essas ganharam adesão internacional. A seguir, o quadro 2 apresenta as dimensões da qualidade na perspectiva da IOM.

Quadro 3: Dimensões da qualidade do cuidado proposto pelo IOM.

DIMENSÕES DA QUALIDADE	DEFINIÇÕES
Oportunidade.	Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado.
Segurança.	Evitar lesões e danos aos pacientes decorrentes do cuidado que tem como objetivo ajudá-los.
Efetividade.	Cuidado baseado no conhecimento científico para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que, provavelmente, não se beneficiarão (evita, respectivamente, subutilização e sobre utilização).
Eficiência.	Cuidado sem desperdício, incluindo o desperdício associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia.
Cuidado centrado no paciente.	Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, assegurando que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.
Equidade.	Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica.

Fonte: Fundação Oswaldo Cruz, 2019.

Em 2006, a OMS definiu de modo semelhante os conceitos básicos da qualidade, ao declarar que os cuidados devem ser eficazes, eficientes, acessíveis, aceitáveis, centrados no doente, equitativos e seguros. Significativamente, esta definição introduz a dimensão de “acessíveis” como uma finalidade mais alargada do que apenas “oportunos” (OMS, 2006 apud OMS, 2020).

Neste sentido, ao definir o termo “cuidado”, a OMS o apresenta como “cuidado centrado no doente”, destacando-se o acesso ao cuidado centrado, como

uma das dimensões que podem potencializar as demais, produzindo equidade no cuidado, eficiência na construção de práticas conjuntas entre pacientes e profissionais, e a oportunidade de ser ofertado um cuidado seguro, pela participação ativa do paciente em seus cuidados em saúde. Falar em qualidade no cenário da saúde significa ir além da percepção momentânea de um usuário, ou mesmo de um prestador de serviço de saúde. A gestão de qualidade precisa ser considerada um processo contínuo, com parâmetros bem-definidos que possibilitem seu gerenciamento, análise e contribua para a construção de ações de melhorias (BISOGNANO, 2015).

No que diz respeito à gestão de qualidade e a relação com o cuidado centrado no paciente, como foi mencionado, esses compõem um dos seis objetivos da qualidade. Contudo, existe uma grande oportunidade para discussão dessa temática dentro dos estabelecimentos de saúde. Um exemplo disso é a definição da terminologia do tema, na qual alguns autores apresentam o indivíduo como "paciente", outros como "pessoa", "usuários" e, ainda, é possível encontrar alguns que utilizam o termo "doente". Embora a literatura estabeleça a "Atenção centrada no paciente", identifica-se ausência de uma definição consensual para o termo, prejudicando sua implementação e dificultando o diálogo entre a literatura nacional e internacional (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). Essa discussão se faz necessária para compreender as abordagens descritas no Brasil (BR).

Se a gestão da qualidade é considerada um modelo, o cuidado centrado na pessoa faz parte dessa dimensão. E, tratando-se de modelo, a alta administração das Instituições possui um papel importante nessa construção e desenvolvimento.

A Alta Direção deve demonstrar liderança e comprometimento com relação ao sistema de gestão da qualidade, o processo de assegurar que a política e objetivos da qualidade sejam estabelecidos, também, é uma atribuição da alta direção (ISO 9001, 2015). Cabendo a eles, definir diretrizes internas e acompanhar se os objetivos e resultados estão dentro do esperado. Assim, com o intuito de se ofertar um cuidado de qualidade, as instituições de saúde buscam processos de certificação e acreditação como uma estratégia que as auxiliem na garantia da qualidade dos seus serviços.

Entre os diferentes tipos de empresas de saúde existentes, os hospitais estão à frente de outros estabelecimentos em número de certificações pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Em fevereiro de 2023, o site da referida organização

apontou 416 hospitais acreditados (ONA, 2023). Com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em setembro de 2021, o Brasil contava com 6.424 hospitais cadastrados entre instituições gerais (n=5.434) e especializadas (n=990). Ou seja, o número de hospitais acreditados na época (n=396) representava apenas 6,1% do total estimado de hospitais no país (CNES, 2021). Esses dados demonstram que se a estratégia de utilizar a acreditação hospitalar como uma aliada na garantia da qualidade e segurança for algo assertivo, existirá um longo caminho a ser percorrido no cenário brasileiro.

Para Bisognano (2015), o caminho das certificações de qualidade é “somente um passo, pois esse processo de melhoria da qualidade transpassa movimentos momentâneos” (BISOGNANO, 2015, p.14). Atenta-se que a gestão de qualidade precisa ser inserida nas instituições como um modelo de gestão, compreendendo que a melhoria contínua estimula mudanças, e essas precisam ser significativas, sustentáveis e estar inseridas na cultura das instituições.

A cultura de qualidade está atrelada à forma pela qual uma instituição promove o ambiente de trabalho aberto e participativo, onde haja o compartilhamento de ideias e boas práticas, valorizando o ensino e a investigação de incidentes; onde a culpabilização seja usada excepcionalmente (OMS, 2020). Diante disso, é possível perceber a importância de as instituições de saúde considerarem os aspectos da gestão de qualidade por meio da segurança, sustentabilidade e satisfação do cliente. Como foi mencionado, as dimensões da qualidade servem como um norteador para as instituições seguirem esse modelo de gestão.

3.2 CAPÍTULO 2 - Cuidado centrado no paciente: na perspectiva do inquérito Conhecimento, Atitudes e Práticas.

A fim de elucidar a incorporação da temática “cuidado centrado no paciente” nas pesquisas científicas, serão apresentados os conhecimentos, as atitudes e as práticas quanto ao cuidado centrado, na perspectiva dos autores de artigos científicos.

Quanto ao conhecimento sobre ao cuidado centrado, os autores destacam a necessidade de uma visão integral do paciente, uma visão holística, ao considerar os diversos aspectos que envolvem esse indivíduo, como aspectos emocionais, econômicos e culturais (CORGOZINHO; BARBOSA; ARAÚJO, I; ARAÚJO, G., 2020). No que se refere ao cuidado integrado, individualizado, com foco nas inúmeras necessidades dos pacientes, os estudos afirmam que o paciente precisa ser colocado no centro do cuidado, assim como, a assistência deve ser prestada em torno das suas necessidades (PARANHOS; OLIVEIRA, 2018; WANDERLEY, V. S. et al., 2020; GOMES, 2016).

Nesse sentido, é possível afirmar que o cuidado centrado está inteiramente ligado à autonomia do paciente, e que segundo os autores, essa autonomia deve estar relacionada com a capacidade de o paciente apresentar suas vontades e tomar decisões sobre sua saúde, tornando-se um indivíduo participativo durante todo o processo do cuidado (CRUZ; PEDREIRA, 2020).

O programa de aprimoramento das práticas de saúde da FioCruz “Proqualis”, com o intuito de descrever e simplificar o cuidado centrado na pessoa, produziu um guia rápido sobre a temática “Simplificando o cuidado centrado na pessoa”. Nele consta a seguinte pontuação:

“O número de idosos e pessoas que vivem com doenças e incapacidades crônicas está aumentando. Ao mesmo tempo, a pressão sobre o orçamento para os serviços sociais e de saúde aumenta cada vez mais. Para oferecer um cuidado de alta qualidade, que proporcione às pessoas a melhor qualidade de vida possível, precisamos repensar a relação entre as pessoas e os serviços que cuidam delas” (PROQUALIS, 2016).

Na relação do paciente com o profissional de saúde, os pacientes desejam ser tratados com consideração e respeito, ter suas dúvidas e sua condição clínica

esclarecidas; além da oportunidade de participar nas decisões sobre sua saúde e seu bem-estar. Um bom relacionamento com o paciente pode contribuir para a efetividade do tratamento, bem como para a satisfação deste (DONABEDIAN, 1990).

Um estudo realizado no BR, apontou que o envolvimento dos pacientes e acompanhantes pode contribuir para a redução de danos evitáveis (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019). Esse envolvimento discorre sobre o compartilhamento nas tomadas de decisões, a fim de evitar e/ou mitigar riscos que possam ameaçar a saúde. Fazendo menção ao programa da OMS, intitulado “Paciente pela Segurança do Paciente”, o autor foi claro em descrever que o envolvimento, tanto dos pacientes como do seu acompanhante, pode contribuir para a redução de danos evitáveis relacionados à assistência (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019).

Nesse sentido, a utilização dos termos “corresponsabilidade” e “participação”, apresentadas em alguns estudos, afirmam a importância de o paciente estar inserido em todo o processo do cuidado, sendo um agente de segurança e uma importante barreira na prevenção de incidentes relacionados à saúde (CARVALHO et al., 2021; COSTA et al., 2020).

Outro ponto interessante é a relação entre o cuidado centrado e a expectativa do paciente. Essa relação demonstra que o modelo do cuidado centrado pode ter influência positiva na experiência e satisfação do paciente sobre o serviço que está sendo ofertado (CHIBANTE, 2018). É importante ressaltar que a satisfação do paciente é um dos indicadores de qualidade, que as instituições de saúde acompanham, a fim de identificar pontos de melhorias na perspectiva dos pacientes.

Alguns pontos comuns encontrados nos estudos, estão inteiramente relacionados com a capacidade de o paciente ser um indivíduo ativo no processo do cuidado à sua saúde. Os termos utilizados como “autonomia”, “autocuidado”, “envolvimento” e ações individualizadas são benéficas, podendo agregar valor ao paciente e, ainda, atendendo às suas necessidades dentro do que ele acredita ser importante.

Todavia, é importante refletir sobre a forma como o paciente constrói sua autonomia, envolvimento, e como participa do seu processo de cuidado. Na produção científica sobre a temática, identificou-se o conhecimento da importância

do envolvimento do paciente para a oferta de um cuidado centrado, sendo importante contextualizar como os profissionais de saúde e a gestão institucional incentivam e ativam a participação do paciente.

Atenta-se para a importância da discussão da oferta de um cuidado centrado com base num modelo de atenção à saúde, e não apenas a preocupação com a satisfação do paciente, após sua experiência nos serviços de saúde. **Deve-se utilizar** modelos de atenção que apresentam um modo de agir **com base no** incentivo institucional com ferramentas, processos e educação permanente potencializadoras de uma nova cultura de cuidados, pautados na qualidade e na segurança, onde o paciente possa ser, de fato, ativo em seu cuidado em saúde.

Quanto às atitudes relacionadas ao cuidado centrado, foi possível perceber que os autores não se referem, de maneira clara, às atitudes dos profissionais voltadas ao cuidado centrado. Neste sentido, atenta-se para a importância de estimular discussões que auxiliem os profissionais de saúde a relacionarem o conhecimento que eles possuem com as suas atitudes.

As atitudes englobam reagir de certo modo a certas situações; ver e interpretar eventos de acordo com certas predisposições; organizar opiniões dentro de uma estrutura inter-relacionada e coerente (SOARES et al., 2016). A compreensão de atitudes se refere ao comportamento e à maneira como os profissionais se posicionam diante de uma determinada percepção. Atenta-se que, 45% dos estudos enfatizaram a importância de envolver, promover a participação; co-produzir; compartilhar e responsabilizar os pacientes e acompanhantes no processo de tomada de decisão e participação do cuidado (CARVALHO et al, 2021; CRUZ, PEDREIRA, 2020; COSTA et al, 2020; RODRIGUES, PORTELA, MALIK, 2019; WANDERLEY et al, 2020). Essa ideia de compartilhar as decisões e envolver o paciente no processo, além de estimular a autonomia, pode educar e preparar esse paciente para dar continuidade aos cuidados que envolvem a sua saúde (CHIBANTE, 2018).

Outro ponto importante identificado refere que uma das atitudes dos profissionais deve ser o diálogo e a consciência dos diferentes pontos de vista de cada paciente (CORGOZINHO et al, 2020). O diálogo, além de contribuir para que os profissionais conheçam as particularidades dos pacientes, pode promover uma

relação estreita entre ambos. Essa relação paciente x profissional se torna uma importante estratégia, pois a ideia de inserir o paciente e acompanhante no processo do cuidado parte do princípio **de que deve haver** uma boa comunicação e diálogo entre ambas as partes. Para isso, faz-se necessário ouvir e valorizar a opinião dos pacientes. (GOMES, 2016).

Cabe destacar que, além de ouvir e estreitar as relações com os pacientes e familiares, existe a importância de os profissionais desenvolverem a empatia, a interação, a confiança, a cooperação e a reciprocidade nessas relações (PARANHOS; ALBUQUERQUE; VOLNEI, 2017). A comunicação e o estreitamento das relações dos pacientes com os profissionais de saúde são pontos importantes a serem considerados no modelo do cuidado centrado. Identificar e conhecer as atitudes dos profissionais relacionados ao tema se torna de suma importância devido à íntima relação que existe entre o conhecimento e o comportamento.

As atitudes presentes na revisão integrativa produzida para esta dissertação foram: envolver o paciente no cuidado; promover a participação dos paciente e familiares no cuidado; a importância de desenvolver um diálogo com esse paciente; a coprodução do cuidado e compartilhamento das decisões entre os profissionais de saúde e pacientes; a responsabilização conjunta; a valorização da opinião dos pacientes por meio do ouvir; estimular a autonomia desses paciente e o desenvolvimento de uma interação, na relação paciente e profissional de saúde (CRUZ, GONÇALVES, 2020; CORGOZINHO et al., 2020; COSTA et al., 2020; RODRIGUES, PORTELA, MALIK, 2020; PARANHOS, OLIVEIRA, 2018; WANDERLEY, 2020).

Tais atitudes revelam que, no processo de construção do cuidado centrado, todos possuem seus papéis, tanto os profissionais de saúde, quanto os pacientes. Torna-se, assim, necessário que os pacientes sejam conhecedores dos seus direitos, e até mesmo dos seus deveres, a fim de contribuir ativamente para sua jornada terapêutica.

Destaca-se que as atitudes identificadas na produção científica se referem aos profissionais de saúde e pacientes e não englobam pesquisas voltadas à gestão das instituições de saúde, ao considerar a necessidade de avançar para a oferta do

cuidado centrado como um modelo de atenção, e não apenas uma abordagem individual de cada profissional de saúde.

No que tange às práticas do cuidado centrado no paciente, os autores apresentaram alguns exemplos de como tornar o cuidado centrado praticável nas instituições de saúde. Considerando que a comunicação entre os profissionais e pacientes é um fator importante na segurança do cuidado, a ação de desenvolver uma comunicação aberta, grupos educativos e orientações verbais, associadas a recursos visuais, são estratégias que podem contribuir tanto para uma comunicação alinhada quanto para o envolvimento do paciente e familiar no cuidado (CARVALHO et al., 2021).

Atenta-se para o fato de que a comunicação entre ambas as partes não se trata somente de uma prática do cuidado centrado no paciente. A OMS, definiu que a comunicação entre os profissionais de saúde, e entre eles e os pacientes seria uma das metas internacionais de segurança do paciente, demonstrando que essa prática não é algo tão simples, e a falta dela pode gerar riscos dentro da assistência (BRASIL, 2014).

A “abordagem individual” também é apresentada para praticar o cuidado centrado (CORGOZINHO et al., 2020). Essa abordagem está relacionada com as práticas de “ofertar a melhor atenção de acordo com as necessidades do doente”, “ouvir e valorizar a opinião dos pacientes”, que pode ser o princípio para identificar a sua individualidade (WANDERLEY et al., 2020; GOMES, 2016).

Outra prática identificada na análise dos estudos foi o desenvolvimento de parcerias afetivas e a coprodução de cuidados orientados, estimulando a participação do paciente como um agente nas ações de segurança, considerando uma solução viável para os serviços de saúde que visam à melhoria contínua das práticas assistenciais (COSTA et al., 2020). Nesse contexto, as práticas voltadas ao cuidado centrado foram descritas com base no desenvolvimento de ações de forma conjunta entre pacientes, familiares e profissionais, a fim de que pudessem otimizar o tratamento e prevenir incidentes. Corrobora-se, dessa forma, a ideia do paciente “fazer parte do tratamento” com a importância de desenvolver ações voltadas aos pacientes (PARANHOS; OLIVEIRA, 2018; CHIBANTE, 2018).

Dentre as estratégias de interação paciente-profissional, a utilização de “ferramentas para o gerenciamento do cuidado” é um ponto de contribuição, destacando o uso de *checklist*, formulários específicos para admissões e transição dos cuidados dentro da instituição, e demonstrando a importância de tornar o cuidado centrado uma prática sistematizada (FERRAZ et al., 2021). Essa afirmação demonstra a necessidade de tornar o cuidado centrado um modelo compreendido, sistematizado e disseminado nas instituições.

A prática de inserir e envolver o paciente no cuidado pode apresentar alguns desafios, tais como, a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde e a adequação dos recursos humanos e materiais (FERRAZ et al., 2021). É possível perceber a preocupação do autor em tornar o cuidado centrado no paciente aplicável às instituições, no qual possa ser estudado, exemplificado e ensinado. De fato, pode ter notoriedade nas práticas e resultar em um cuidado de qualidade e segurança.

Tal fato é presente no estudo de Rodrigues et al. (2019), onde se identifica uma agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no BR, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de estudos que apontem estratégias de implantação do cuidado centrado no país, como a formulação ou adaptação de instrumentos de mensuração do cuidado centrado (RODRIGUES et al., 2019).

Foi possível identificar que a temática visa potencializar o envolvimento do paciente na assistência, focando na sua autonomia e na sua contribuição para as questões de segurança; tornando-o participativo no processo que envolve sua saúde; e corresponsável pelo seu cuidado e, ainda, ativo nas tomadas de decisões. Para isso, é necessário que os profissionais de saúde possam compreender as necessidades em saúde do paciente, com foco para além da doença, e compreendê-lo como um parceiro na construção de práticas em saúde, para alcançar um cuidado de qualidade e seguro. Um ponto a ser mencionado é o modelo de cuidado centrado estruturado e presente nas instituições, pois a alta administração tem um papel importante na definição de diretrizes e recursos que auxiliem as práticas institucionais, podendo minimizar alguns impeditivos na implantação do cuidado centrado.

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ABORDAGEM PARA O ESTUDO

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, estruturado na metodologia Conhecimento, Atitudes e Práticas (CAP) em relação ao cuidado centrado no paciente e ancorado no guia Consolidated criteria for report qualitative research (COREQ, 2007), para estudos qualitativos.

A pesquisa descritiva inclui a identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. A grande contribuição da pesquisa descritiva é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida (NUNES; NASCIMENTO; LUZ, 2016).

A pesquisa qualitativa apresenta características particulares, “é validada, sobretudo na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de interferência precisa e não em interações gerais” (BARDIN, 2011, p. 145). De acordo com Brandão (2001),

A pesquisa qualitativa (...) está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a como as pessoas compreendem esse mundo. Tenta, portanto, interpretar os fenômenos sociais (interações, comportamentos, etc.), em termos de sentidos que as pessoas lhes dão; em função disso, é comumente referida como pesquisa interpretativa (BRANDÃO, 2001, p.13).

Para Oliveira et al. (2020, p. 02), “[...] uma pesquisa de natureza qualitativa busca dar respostas a questões muito particulares, específicas, que precisam de elucidações mais analíticas e descritivas”.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O campo de pesquisa foi a área hospitalar caracterizada, fundamentada na experiência dos profissionais de saúde. Assim, não foi abordado um cenário exclusivo, mas partiu-se das experiências por meio dos conhecimentos, atitudes e práticas cotidianas de cada participante. Tal estratégia possibilitou uma maior abrangência de realidades institucionais, abarcando sete instituições hospitalares públicas e quatro instituições hospitalares privadas, localizadas na cidade do Rio de Janeiro — RJ.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Convites aos participantes

O convite aos participantes se deu por meio da técnica de amostragem em bola de neve. Trata-se de uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Ou seja, esse tipo específico de amostragem impossibilita determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa. A técnica bola de neve consiste em, primeiramente, localizar participantes-chaves intitulados como “sementes”, esses participantes indicarão outros participantes com o perfil necessário para a pesquisa dentro da população estabelecida (VINUTO, 2014). Optou-se por utilizar essa técnica para evitar que os participantes fossem restritos aos contatos da pesquisadora principal.

Os participantes deste estudo foram constituídos por 28 profissionais de saúde, com formação de nível superior, que compõem as equipes multidisciplinares de 11 instituições hospitalares públicas e privadas na cidade do Rio de Janeiro — RJ. Sendo compreendidos como: Enfermeiros, Fisioterapeutas e Médicos. Houve tentativas de contato com nutricionistas e psicólogos para participarem da pesquisa, porém, os profissionais não informaram a disponibilidade de data e horários para participar das entrevistas.

O recrutamento de potenciais participantes se deu pela rede de contatos das pesquisadoras, por meio de aplicativo de mensagem *WhatsApp*® e/ou contatos telefônicos realizados pela da pesquisadora principal desta pesquisa, sempre por meio do contato profissional.

Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram: profissionais de saúde com nível superior, que tivessem, no mínimo, um ano de experiência e que prestassem assistência diretamente aos pacientes em ambiente hospitalar na cidade do Rio de Janeiro — RJ, sendo públicos e privados, de ambos os sexos, faixas etárias e que aceitaram participar como voluntários da pesquisa, externando sua aceitação pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A).

Critérios de exclusão

Foram considerados como critérios de exclusão: profissionais de saúde que atuassem em áreas administrativas e cargos de gestão, tais como: gerentes, coordenadores e supervisores; que não atuassem em serviços hospitalares e que não aceitassem participar da pesquisa de formato *online*.

Inicialmente, a abordagem aos potenciais participantes foi realizada com as sementes, onde o convite foi enviado via *Whatsapp*®, estas sementes, após a participação na pesquisa, indicaram outros profissionais e seus respectivos contatos telefônicos de *Whatsapp*®, assim, 40 profissionais foram convidados a participar do estudo. Destes, 32 profissionais aceitaram o convite, porém, três profissionais não informaram as datas e horários disponíveis para realizar a entrevista; um contato foi excluído da amostra, por não cumprir um dos critérios de inclusão, sendo identificado pela pesquisadora principal somente durante a entrevista; e oito contatos não responderam ao convite para participar do estudo, totalizando 28 participantes.

Para a participação de diferentes categorias profissionais, no presente estudo, a pesquisadora principal contactou três sementes, uma semente por categoria profissional (enfermeiro, fisioterapeuta e médico). As pesquisadoras orientadoras do estudo indicaram dois participantes, a fim diversificar a amostra e alcançar profissionais das instituições públicas e privadas. Na sequência, as pessoas indicadas pelas sementes, indicaram novos contatos com as características desejadas e, assim, sucessivamente. Em determinado momento, houve dificuldade em conseguir novas indicações, já que alguns indicados não responderam ao convite. Algumas categorias profissionais, como nutricionistas e psicólogos, aceitaram o convite de participar do estudo, porém não dispuseram de tempo para realizar a entrevista, mesmo após a pesquisadora principal realizar contato de duas a três tentativas.

4.4 COLETA DE DADOS

Após aceitarem o convite para participarem do estudo via *WhatsApp*® contendo orientações acerca da pesquisa, a pesquisadora principal esclareceu as dúvidas com os profissionais, marcou as datas e os horários das entrevistas convenientes para ambas as partes. No dia da entrevista, foram enviados aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e registro do aceite (Apêndice C), o *link* da sala virtual para a reunião e um *link* criado no *Google Forms*® contendo algumas perguntas gerais dos participantes, com o objetivo de caracterizar os participantes (Anexo B).

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas via *online* através da plataforma *Zoom*®, conduzidas pela pesquisadora principal. Para nortear a entrevista, elaborou-se um roteiro composto por questões abertas construído mediante leitura dos artigos de revisão integrativa produzido para esta pesquisa, o inquérito CAP (Conhecimento, Atitude e Prática) e os objetivos do estudo.

Realizaram-se duas entrevistas-piloto com dois profissionais de saúde. Depois destas, optou-se por realizar pequenas alterações na segunda pergunta relacionada ao item *attitudes*, devido à compreensão dos participantes em diferenciar “atitudes” de “práticas”. Após alteração, o roteiro foi, então, utilizado como guia com os participantes do estudo (Anexo C).

As entrevistas tiveram duração de aproximadamente quarenta minutos. Não houve ausências nos dias marcados nem a necessidade de repetir entrevistas. Durante as entrevistas, manteve-se a privacidade dos participantes que solicitaram permanecer com a câmara desligada, bem como o anonimato dos mesmos. Logo após a realização da entrevista, foi enviado aos participantes (via mensagem de *WhatsApp*®) uma cópia digitalizada do TCLE assinada pela pesquisadora principal.

As entrevistas foram gravadas pela própria plataforma *Zoom*®, posteriormente os áudios foram transcritos por meio do Programa VB-CABLE Virtual Audio Device e tratados sigilosamente. As transcrições foram realizadas pela pesquisadora principal, o que possibilitou a validação da transcrição em paralelo à leitura do material. Posteriormente, as transcrições foram conferidas pela pesquisadora principal do estudo e realizaram-se as correções necessárias

manualmente baseadas nos áudios disponíveis de cada entrevista, a fim de verificar a fidedignidade das transcrições. Identificou-se cada entrevista com a letra que representa sua categoria profissional e numerada sequencialmente respeitando a ordem de realização, sendo então utilizada a letra E (Enfermeiros), a letra F (Fisioterapeutas) e a letra M (Médicos). As entrevistas foram realizadas entre maio e julho de 2022.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram agrupados e analisados através do seu conteúdo temático-categorial, conforme proposto por Oliveira (2008). Realizou-se a leitura flutuante do material coletado, onde se identificaram as Unidades de Registros (UR), através de frases selecionadas pelos seus sentidos, originando as Unidades de Significação (US), as quais foram destacadas com cores diferentes. A partir da análise temática das UR de cada entrevista, as US compostas por várias UR com o mesmo sentido, formaram três categorias.

Após o agrupamento dos temas, foi possível quantificar o número de frequências das UR encontradas e a porcentagem que cada UR representou na categoria inserida. Nessa etapa, elaborou-se uma planilha utilizando o programa Microsoft Excel ® para auxiliar no gerenciamento dos resultados. Os resultados de cada categoria foram apresentados, analisados e discutidos à luz do referencial teórico escolhido.

Desta forma, construíram-se três categorias descritas a seguir: Conhecimento sobre Cuidado centrado no paciente; Atitudes dos profissionais acerca do Cuidado centrado no paciente; e Prática dos profissionais em relação ao cuidado centrado.

A saturação dos dados ocorreu na entrevista de número 20, pois, a partir da referida entrevista não ocorreu a identificação de novas US. Assim, as URs selecionadas nas entrevistas de números 20 a 28 possuíam temáticas previamente identificadas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Por se tratar de um estudo que envolve pesquisa com seres humanos, a pesquisa está registrada sob o número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 55798022.2.0000.5285 e aprovada sob o número de parecer 5.248.260 (Anexo A). Atendendo à Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, que dispõem sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos e Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016) da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde.

4.7 ORÇAMENTO

Os gastos previstos no orçamento desta pesquisa foram arcados com recursos próprios da pesquisadora principal, não havendo nenhum tipo de financiamento complementar.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados aqui apresentados foram obtidos por meio das 28 entrevistas realizadas com os participantes do estudo. Através da análise de conteúdo temático-categorial, foi possível apresentar três categorias provenientes das falas dos profissionais de saúde, perfazendo o total de 405 UR, agrupadas em 22 US.

A seguir, apresenta-se o perfil dos participantes; as categorias construídas e a discussão dos resultados, à luz do referencial teórico e literatura atual.

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

O estudo contemplou 11 Instituições hospitalares da cidade do Rio de Janeiro-RJ. A seguir, a tabela 1 apresenta a descrição do perfil dos participantes da pesquisa.

Tabela 1: Caracterização do perfil dos participantes do estudo segundo a categoria profissional, sexo, instituição de trabalho e formação profissional. Rio de Janeiro, 2023.

CATEGORIA PROFISSIONAL		nº	%
	Enfermeiros	12	43%
	Fisioterapeutas	10	36%
	Médicos	06	2%
SEXO			
	Feminino	20	71%
	Masculino	08	29%
INSTITUIÇÃO			
	Privada	19	68%
	Pública	04	14%
	Ambas	05	18%
INSTITUIÇÃO ACREDITADA			
	Sim	23	82%
	Não	05	18%
ESPECIALIZAÇÃO			
	Lato sensu	20	71,43%
	Stricto sensu	06	21,43%
	Não possui	02	7,14%

Fonte: Autoria própria. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

No que diz respeito à participação em cursos e/ou discussões sobre segurança do paciente, 27 participantes afirmaram terem participado e apenas um referiu a não participação. Sobre cursos e/ou discussões acerca da qualidade do cuidado em saúde, 23 participantes referiram já ter participado e cinco informaram que não o fizeram. Quanto à possibilidade de cursos e/ou discussões relacionadas ao cuidado centrado no paciente, 25 participantes afirmaram que nas Instituições

onde trabalham possuem discussões sobre o tema e três participantes informaram não terem participado.

Presentes em cursos e/ou discussões para a maioria dos participantes deste estudo, as temáticas: segurança do paciente, qualidade do cuidado e cuidado centrado no paciente, são um importante indicativo para a construção de práticas de qualidades e seguras, conforme aponta o PNSP (BRASIL, 2013), sobre a importância de qualificação dos profissionais de saúde.

5.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo se aproximou das discussões teóricas relacionadas ao modelo CAP para guiar seu desenvolvimento e apresentação dos resultados. Nesse contexto, considerou-se como conhecimento a capacidade de percepção, compreensão e entendimento dos profissionais sobre a temática estudada, assim como as informações adquiridas ao longo dos anos de atuação profissional (AGRELI; PEDUZZI; SILVA; 2016).

Quanto às atitudes, estas englobam o reagir de certo modo a certas situações, tais como ver e interpretar eventos de acordo com certas predisposições; e organizar opiniões dentro de uma estrutura inter-relacionada e coerente (SOARES et al., 2016). A compreensão de atitudes se refere ao comportamento e à maneira como os profissionais se posicionam diante de uma determinada percepção.

No que tange à compreensão sobre as práticas utilizadas na presente pesquisa, constituiu-se por meio dos exemplos citados sobre agir, executar, tomar decisão e a aplicação do conhecimento, a partir da fala de cada participante. No modelo CAP as práticas são compreendidas como: envolver o paciente e familiar no cuidado, promover sua coparticipação no tratamento por meio do ouvir e da valorização da sua opinião, além de torná-lo uma importante barreira de segurança. (CARVALHO et, al., 2021; WANDERLEY et al., 2020; GOMES, 2016; PARANHOS; OLIVEIRA, 2018; CHIBANTE, 2018).

A análise de conteúdo temático-categorial foi composta de total de 405 UR, agrupadas em 22 US, que emergiram 03 categorias, intituladas: Conhecimentos sobre o cuidado centrado no paciente, Atitudes dos profissionais acerca do cuidado centrado no paciente e Práticas dos profissionais relacionadas ao cuidado centrado no paciente.

5.2.1 Categoria Intitulada: Conhecimentos sobre o cuidado centrado no paciente.

A primeira categoria intitulada “Conhecimento sobre Cuidado centrado no paciente” perpassa o total de 101 UR, representando 23% das URs identificadas nas falas dos participantes, comportando 06 US. Tais US foram identificadas como: paciente como um todo; paciente como foco, único e a importância de não padronizar o cuidado, ofertando um cuidado específico e individualizado; percepção do paciente no âmbito da satisfação do cuidado; cuidado centrado como um cuidado integral e global; cuidado humanizado; e cuidado voltado para a temática de segurança do paciente.

Os conhecimentos apresentados pelos participantes da pesquisa expressam a diversidade de bases teóricas que fundamentam os conhecimentos quanto ao termo cuidado centrado. São conhecimentos que abordam a centralidade no paciente e sua integralidade, a necessidade de compreendê-lo no seu contexto e sua família e a não padronização do cuidado, ao considerar as diferentes formas de organização da oferta: a satisfação do paciente; a humanização do cuidado; e a segurança do paciente.

Atenta-se que, apenas três URs caracterizam o conhecimento sobre o cuidado centrado com a fundamentação voltada à temática de segurança do paciente, assim como, o conhecimento voltado à satisfação do paciente que, também foi presente em três URs.

“Bem, entendo que o cuidado centrado são ações voltadas para a segurança do paciente.” (E17)

“Eu sempre me preocupo muito com a experiência, que aquela pessoa vai ter com a minha assistência, então eu acho que é interessante essa questão do cuidado centrado no paciente [...] Eu sei que expectativa é uma coisa muito individual, que talvez eu não consiga expectativas daquele paciente, porém eu acho que o máximo de satisfação ele precisa ter”. (E1)

A maior representatividade dessa categoria foi relacionada ao conhecimento sobre cuidado centrado tendo o paciente como foco, sendo único, demonstrando a importância de não padronizar o cuidado, mas, sim, fornecer um cuidado específico e individualizado, essa US foi apresentada por 58 URs, 57% do total de UR desta categoria.

“No meu ponto de vista, acho que isso é uma questão de cultura mesmo, você entende a importância de ter o paciente como seu foco.” (E1)

“Eu entendo que é quando toda a equipe ou quando o profissional ele direciona todas as atitudes dele para o paciente, pensando no paciente”. (F16)

“Eu acho que a primeira coisa é considerar que o cuidado deve ser focado naquele paciente” (M23)

A seguir, apresenta-se a Tabela 01, com a descrição dos temas que compuseram a categoria 01 da presente pesquisa, total de URs encontradas e suas respectivas porcentagens.

Tabela 02: Análise Temático-categorial, a partir das respostas dos participantes acerca do Conhecimento sobre cuidado centrado no paciente - Rio de Janeiro, Brasil – 2022.

Cód. Un.	Tema US	Total UR	% UR	Categoria	Total UR	% UR
1	Conhecimento do Cuidado Centrado voltado ao paciente como um todo.	18	17,82%	Conhecimento sobre Cuidado centrado no paciente.	101	25%
2	Cuidado Centrado voltado ao paciente como foco, único, não padronizar, cuidado específico, cuidado individualizado.	58	57,43%			
3	Cuidado Centrado como a experiência, percepção e/ou satisfação do paciente.	3	2,97%			
4	Cuidado Centrado como cuidado integral e/ou Global.	17	16,83%			
5	Cuidado centrado é um cuidado humanizado.	2	1,98%			
6	Cuidado centrado voltado a segurança do paciente.	3	2,97%			

Fonte: Autoria própria. Rio de Janeiro, RJ, 2022.

No que se refere à US relacionada ao conhecimento dos participantes sobre o cuidado centrado como compreender o paciente como um todo, identificou-se o

olhar para a saúde integral do paciente, e não só em torno da doença e seu estado físico, conforme é observado nas UR, a seguir:

“O cuidado centrado no paciente é aquele que engloba todas as funções dele, da parte emocional, da parte física, estrutural, do ambiente e todos esses fatores [...]” (F2)

“[...] assim, eu penso numa visão holística da assistência”. (E15)

“É um cuidado pensando nas várias dimensões, que a gente consegue avaliar um paciente não somente no seu estado de saúde versus doença.” (M4)

No Brasil, a lei n. 8080/90, nas suas diretrizes, aponta a integralidade da assistência como uma articulação contínua da promoção da saúde, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990). A integralidade considera o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental para a construção do cuidado em saúde (SOUZA, et al., 2012).

Os entrevistados, também, apresentaram em suas falas, o conhecimento sobre cuidado centrado voltado a não padronização do cuidado, objetivando um cuidado individualizado, ao considerar as diferentes formas de organização para a oferta de cuidado. As URs abaixo corroboram essa temática:

“Cada paciente vai ter um cuidado diferente do outro, pode ter a mesma patologia, mas os cuidados devem ser diferentes.” (E5)

“Cada paciente tem um cuidado peculiar, não é um cuidado geral, cada paciente vai ter um cuidado diferente do outro.” (M27)

“Não vou tratar seu João da mesma forma que trato a dona Maria, porque o problema do seu João pode ser diferente do problema da dona Maria [...]”. (E12)

“Acaba que você sai da faculdade com aquela receita de bolo, e, com o passar do tempo você vai observando que cada paciente tem sua particularidade, independentemente da causa que o levou à internação.” (F3)

O cuidado individualizado reconhece a singularidade e os valores dos pacientes considerando suas características pessoais, condições clínicas, situação de vida pessoal, bem como preferências na participação do cuidado, e impacta positivamente no resultado da assistência (MARTINS; PERROCA, 2017). Tais valores, também, presentes ao pensar a integralidade do cuidado, perpassam o

conhecimento dos participantes quanto ao cuidado centrado e parecem delinear as bases para a oferta do cuidado.

Os entrevistados apresentaram, ainda, em suas falas que o cuidado centrado no paciente está relacionado com a satisfação e percepção desse paciente sobre o cuidado recebido, as falas seguintes corroboram esta análise:

“Eu sempre me preocupo muito com a experiência que aquela pessoa vai ter com a minha assistência, então eu acho que é interessante essa questão do cuidado centrado no paciente.” (E1)

“O cuidado centrado na percepção dele (paciente) que está sendo cuidado”. (E6)

A percepção pode ser compreendida como sinônimo de satisfação e, embora haja diferentes abordagens conceituais sobre o termo “satisfação do paciente”, autores concordam que sua definição é complexa, subjetiva e deve ser definida a partir da perspectiva do paciente. Visto que a satisfação dos usuários é um indicador importante para avaliar e mensurar os serviços de saúde (ALMEIDA; GÓIS, 2020).

Oferecer uma assistência de qualidade nos serviços de saúde tem sido um desafio nas instituições. A opinião do paciente sobre os cuidados recebidos nas instituições de saúde tem um efeito positivo na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Ou seja, atender às necessidades dos clientes, acompanhantes e visitantes, de forma adequada, gera vínculo satisfatório, e, com isso a melhoria dos resultados de assistência (ALMEIDA; GÓIS, 2020). Atenta-se que, há vários aspectos que contribuem para a satisfação do paciente, aspectos distintos, ou até mesmo individuais, pois, o que é importante para um paciente não o é necessariamente para o outro.

A satisfação do paciente pode ser entendida como as expectativas do indivíduo sobre um serviço de saúde oferecido. Remete à avaliação do cuidado recebido, considerando a experiência prévia do paciente com serviços similares. Nesse sentido, a avaliação da satisfação do paciente é adjunta dos aspectos desejáveis no relacionamento entre a equipe de saúde e o paciente (NASCIMENTO, et.al, 2021).

Um estudo realizado em um Ambulatório de Educação em Saúde teve como objetivo identificar a satisfação dos pacientes acompanhados e avaliar o grau de satisfação desses pacientes. Com base nos resultados, observou-se que as situações com maiores médias estavam relacionadas ao domínio técnico-profissional e ao domínio confiança. Assim, a avaliação do paciente sobre o cuidado recebido

não está baseada somente nos procedimentos técnicos, mas também nas relações de confiança, empatia e paciência por parte do profissional que presta a assistência (COUTINHO; LOPES; CARNEIRO, 2019).

Destaca-se na presente pesquisa, a preocupação dos participantes quanto à satisfação e opinião dos pacientes relacionado ao cuidado oferecido, como relevante para a oferta de um cuidado centrado, a ser discutido e desenvolvido nas Instituições.

Todavia, atenta-se que a satisfação positiva do paciente perpassa a oferta de um cuidado centrado. São importantes o conhecimento, a atitude e as práticas de profissionais de saúde engajados na construção de um cuidado centrado, e não apenas preocupados com a avaliação da satisfação. Tal engajamento, para os participantes do presente estudo, parece fundamentar-se no paciente como foco, ao compreendê-lo como um todo, de forma que ocorra um cuidado humanizado.

As falas, a seguir, apresentam a humanização do cuidado como importante para a oferta do cuidado centrado no paciente:

“Entendo que o cuidado centrado é um cuidado humanizado.” (F14)

“Eu acho que aquele cuidado humanizado, antigamente a gente tratava e chamava os pacientes pelo nome das doenças, vou avaliar o paciente da pneumonia ou o paciente da infecção urinária”. (M28)

A humanização dos cuidados em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas. Quando se fala em atendimento humanizado, pensa-se em um processo para facilitar que a pessoa vulnerável enfrente, positivamente, os desafios pelos quais está vivenciando (RADAELLI, et al, 2019).

Em 2000, o Ministério da Saúde (MS) elaborou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), com o objetivo de “divulgar o conceito de humanização para as instituições de saúde públicas: um valor para a conquista de uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais” (PNHAH, 2000, p.11).

Em 2003, o programa evoluiu para uma Política Nacional de Humanização (PNH), ou Humaniza-SUS. A política é composta por diretrizes que norteiam os serviços, dentre elas: o acolhimento; a gestão participativa e a cogestão; clínica ampliada e compartilhada; a valorização do trabalhador e a defesa dos direitos dos

usuários. Tal política afirma que “Todo cidadão tem direito a uma equipe que cuide dele, de ser informado sobre sua saúde e também de decidir sobre compartilhar ou não sua dor e alegria com sua rede social” (PNH, 2013, p. 12).

Corresponsabilidade e vínculos solidários, clínica ampliada, cogestão, e valorização e melhoria da qualidade no atendimento são conceitos e desafios presentes na Política Nacional de Humanização, os quais se articulam com os termos presentes no Programa Paciente pela Segurança do Paciente (OMS). Estes remetem a uma perspectiva de envolvimento do paciente e de seus familiares no cuidado, além de mostrar a necessidade da criação de uma cultura institucional onde o paciente participa da construção do seu próprio cuidado de forma ativa (PNSP, 2014). Sobre a relação do cuidado centrado com a segurança do paciente, um participante referiu acreditar que existe relação entre as duas temáticas:

Bem, entendo que o cuidado centrado são ações voltadas para a segurança do paciente [...] e incluir esse paciente para que ele ajude nas questões de segurança. (E17)

A OMS definiu 13 áreas de ação do *Programa Segurança do Paciente*, dentre essas ações, destaca-se a criação do programa Pacientes pela Segurança dos Pacientes, que assegura que a voz do paciente esteja no centro do movimento pela saúde do paciente em todo o mundo (WHO, 2006). A ideia de tornar o paciente uma barreira de segurança nos processos que envolvem sua segurança de saúde pode colaborar diretamente para a adesão às boas práticas que as instituições de saúde buscam alcançar. O PNSP afirma que “é importante utilizar a grande mídia para informar aos cidadãos que podem e devem solicitar aos profissionais da Saúde que lavem as mãos antes de examinar ou realizar um procedimento, ou saber se o medicamento que está sendo administrado é o correto (BRASIL, 2014, p. 27).

Além de encontrar estratégias para influenciar os pacientes a fazerem perguntas, com o intuito de promover seu envolvimento na segurança de seus cuidados, é necessário, também, o preparo dos profissionais para essa participação (COSTA et al, 2020). Esse preparo, ainda que nos tempos atuais, pode ser uma mudança de paradigmas para alguns profissionais de saúde, pois a ideia de ter um paciente participativo, que esclareça suas dúvidas, ou até mesmo questione algumas práticas, pode soar como algo negativo no meio profissional.

Dentre os fatores que podem interferir no envolvimento do paciente para a segurança do cuidado, destacam-se as características individuais dos envolvidos

(pacientes e profissionais) e aspectos organizacionais, tais como processo e carga de trabalho, infraestrutura para a preservação da privacidade, hierarquização das relações profissionais e assimetria do conhecimento (CARVALHO et al, 2021). A alta administração tem um papel primordial como facilitadora no desenvolvimento do cuidado centrado, conforme mencionado, e fatores como falta de estrutura e sobrecarga de trabalho podem interferir diretamente na percepção dos profissionais acerca da importância dessa temática.

Contudo, percebeu-se durante a análise das entrevistas, que a necessidade de incentivar o paciente como ativo, por meio de sua participação na coprodução de seu cuidado e na capacidade de autogerenciar suas decisões em saúde, não foi apontado como fundamental para oferta do cuidado centrado. Parece que, apesar de os profissionais terem o conhecimento da importância da oferta do cuidado centrado para a qualidade do cuidado, segurança do paciente e humanização das práticas em saúde, ainda carece a sensibilização quanto à necessidade do protagonismo do paciente nas decisões que envolvem sua saúde. Reflete-se sobre a continuidade do conhecimento ancorado nos profissionais de saúde.

Neste sentido, a construção da presente categoria identificou a diversidade de bases teóricas que contribuem para o conhecimento dos participantes quanto ao conhecimento centrado no paciente. São conhecimentos fundamentados na segurança, na integralidade da assistência, na humanização e na satisfação do paciente, agregando políticas e programas nacionais e internacionais. Identificou-se, assim, que os conhecimentos apresentados pelos participantes da pesquisa dialogam com a literatura científica, sendo importante a discussão quanto aos conceitos de participação, envolvimento no cuidado em saúde e ativação do paciente.

5.2.2 Categoria intitulada: Atitudes dos profissionais acerca do cuidado centrado no paciente.

A segunda categoria intitulada “Atitudes dos profissionais acerca do cuidado centrado no paciente” foi a menor categoria construída, o que pode relacionar-se com a dificuldade dos profissionais sobre atitudes.

Identificaram-se 94 URs, agrupadas em 08 US; essa categoria correspondeu a 23% do total de UR. As atitudes foram apresentadas pelos participantes com base no estar disponível para: a escuta dos familiares, cuidadores e profissionais; a empatia e compreensão do contexto em que o paciente está inserido; o vínculo entre profissionais e pacientes, onde se estabelece uma relação de confiança; o fornecimento de ferramentas para estimular o autocuidado, o empoderamento e a tomada de decisão; e a motivação dos pacientes e o respeito à sua autonomia.

A Tabela 02 demonstra a descrição dos temas que formam esta categoria, por meio do total de URs e suas respectivas porcentagens.

Tabela 3: Análise Temático-categorial, a partir das respostas dos participantes acerca das Atitudes sobre cuidado centrado no paciente - Rio de Janeiro, Brasil – 2022

Cód. Um	Tema (Unidades de Significação)	Total UR	% UR	Categoria	Total UR	% UR
1	Atitudes baseadas na escuta dos cuidadores, familiares, profissionais e do prontuário do paciente.	18	19,15%	Atitudes dos profissionais acerca do Cuidado centrado no paciente.	94	23%
2	Atitudes a partir do vínculo, relação de confiança com o paciente.	13	13,83%			
3	Atitudes através da motivação aos pacientes.	3	3,19%			
4	Empatia e compreensão, entender o contexto do paciente.	24	25,53%			
5	Atitudes em envolver e orientar a família na prática do Cuidado Centrado.	8	8,51%			
6	Atitudes de ter mais tempo para conhecer o paciente e/ou interagir	12	12,77%			

	com ele, olho no olho.					
7	Atitudes em fornecer conhecimento e ferramentas para o autocuidado e tomada de decisões. Estimular o empoderamento do paciente.	13	13,83%			
8	Atitudes em respeitar a autonomia do paciente.	3	3,19%			

Fonte: Autoria própria. Rio de Janeiro, RJ, 2022.

A US com maior representatividade foi relacionada à empatia e à compreensão do profissional de saúde quanto ao contexto do paciente, sendo apresentada em 25% das URs. Tal atitude pode contribuir na relação de confiança entre o paciente e o profissional, conforme explicitado, a seguir:

“Eu procuro sempre me colocar nessa situação, perguntar como é a vida dele, se tem alguma coisa que o preocupa, e tentar entender que às vezes o paciente é muito queixoso, porque ele pode estar com alguns problemas fora do hospital.” (F11)

“No hospital que eu trabalho, nós temos o costume de comemorar os aniversariantes, então, sempre que tem um paciente fazendo aniversário a gente chama a equipe da nutrição, elas preparam um bolinho ou outra coisa que o paciente consiga comer e a gente bate parabéns. Está internado deve ser tão ruim, não é? Se fosse comigo gostaria de ser lembrada no dia do meu aniversário”. (E20)

“Aproveitar aquele primeiro contato para entender o contexto dele [...]”. (M21)

Um estudo reflexivo realizado por uma aluna da Universidade Estadual Paulista (Unesp) durante um curso de especialização sobre a Humanização em Saúde abordou a importância da empatia nos Serviços de saúde, com o objetivo de discutir a empatia como ferramenta a ser utilizada para o aprimoramento da comunicação interpessoal e interprofissional. O estudo apresenta a origem da palavra empatia e as discussões desenvolvidas ao longo dos anos, porém, vale destacar a discussão sobre “a relação empática envolvendo gestão, profissionais de saúde e pacientes”. Nesse contexto a autora apresenta citações que afirmam a importância de os profissionais de saúde conhecerem os seus próprios sentimentos, para serem capazes de compreender o sentimento do outro (SOUZA; HOKAMA; HOKAMA, 2020).

A empatia exige atenção, dispor de tempo para conhecer as características do outro, e tentar compreender e respeitar os diversos sentimentos apresentados. A empatia é uma ferramenta essencial para a comunicação entre profissionais de saúde, a própria equipe e os usuários, possibilitando que haja uma compreensão de interesses, necessidades e experiências (SOUZA; HOKAMA; HOKAMA, 2020). A compreensão parte do princípio de entender as particularidades do outro, entender o seu contexto. Tanto a empatia quanto a compreensão se tornam importantes aliadas do cuidado centrado, conforme mencionado pelos participantes da presente pesquisa.

Nas discussões específicas sobre cuidados, aspectos relacionais entre paciente e profissional da saúde ou cuidador, como empatia, interação, confiança, cooperação e reciprocidade, são elementos-base do princípio dos cuidados centrados no paciente (PARANHOS; ALBUQUERQUE; VOLNEI, 2017). O estreitamento das relações dos pacientes com os profissionais de saúde e a relação de confiança entre eles foram levados em consideração pelos participantes do estudo, sendo apresentados em cerca de 13,88% das URs.

As URs, a seguir, são exemplos da importância do vínculo e da relação de confiança entre profissionais e pacientes mencionados pelos participantes:

“Tento ser gentil, educada e gosto de criar uma relação de confiança com os meus pacientes. Porque, com certeza, isso ajuda muito no tratamento”. (F14)

“Eu costumo sempre quando vou fazer minha visita, gosto de me apresentar, dou bom dia, por exemplo “Dona Maria meu nome é...sou responsável pelo plantão hoje, e vou acompanhar a senhora até 19 horas, aí eu passo, pergunto como foi a noite, se conseguiu dormir bem, porque a gente já está fora da nossa casa, nosso ambiente familiar, então o importante é que esse tempo que você esteja aqui conosco, que a senhora seja bem cuidada [...]”. (E18)

“Olha, nem sempre é fácil, mas acredito que tudo se inicia com uma boa relação médico-paciente, porque cada paciente tem um jeito, tem uns mais solícitos, e outras dependem muito da família.” (M22)

“Acho que o paciente precisa confiar em você como profissional e como pessoa [...]”. (F25)

A Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) publicou um módulo da Especialização em Saúde da Família Psicossocial, que aborda “Vínculo, acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade”. Nesse módulo, são encontrados quatro pilares que permitem a estruturação da ação terapêutica decorrentes de vínculos de cuidado. “Esses pilares são mecanismos presentes em qualquer relação terapêutica, podendo ser instrumentalizados por todos os

profissionais de saúde, sendo eles: o Acolhimento, a Escuta, o Suporte e o Esclarecimento” (UNIFESP, 2011, p.9). Ressaltando que, elementos como o vínculo e acolhimento fazem parte da Política Nacional de Humanização.

Nem sempre cultivar uma boa relação entre profissionais e pacientes ocorre de uma maneira simples e natural, porém, existem algumas atitudes dentro desse processo que podem contribuir para o desenvolvimento da mesma, tais como: a escuta e dispor de tempo para conhecer o paciente e suas particularidades. A UR apresentada, a seguir, discorre essa atitude:

“[...] eu acho que tudo começa em conhecer o paciente, a visita que eu faço hoje quando eu chego às 7 horas da manhã, ela vai muito além de eu perceber o que está infundido nas bombas, qual a vazão, como é que está aquele curativo, o que eu vou ter que evoluir desse exame físico.” (E6)

Acredita-se que o esclarecimento e as informações para os pacientes e familiares sejam o princípio do desenvolvimento da relação confiança. No que diz respeito à comunicação, a importância do envolvimento dos cuidadores, familiares, ou até mesmo entre a própria equipe de saúde, todos com o objetivo de fornecer informações que auxiliem o planejamento de assistência individualizada.

Quanto às atitudes relacionadas à escuta dos cuidadores, familiares, profissionais de saúde, ou até mesmo a análise do prontuário do paciente, é notória a importância que os participantes apresentaram sobre a atitude de conhecer o paciente. A necessidade de informações sobre o paciente ultrapassa o quadro clínico, sendo o momento da escuta, importante para colher informações para a construção de uma assistência individualizada. Tal escuta envolve não apenas o próprio paciente como citado anteriormente, mas também os cuidadores, familiares, a equipe de saúde e a comunicação pelo próprio prontuário. A seguir, apresentam-se alguns exemplos de URs, as quais discorrem sobre a atitude por meio da escuta:

Chegar junto da família e saber o que o paciente gosta ajuda bastante, eu costumo usar [...] Às vezes na hora da visita, é o momento que você vai conhecer o seu paciente, a família vai te dar um feedback, que ele gosta do Fluminense, gosta de assistir a novela o Cravo e a Rosa. (F3)

“Ouvi o que sua equipe te fala sobre a demanda que ele (paciente) trouxe”. (E5)

“Outro ponto é ler o prontuário, a história desse paciente, às vezes ele tem uma equipe assistente que deixam informações importantes [...]” (M23)

“Os familiares e os profissionais têm clara necessidade de uma comunicação bem-sucedida, para que as suas relações interpessoais possam favorecer aspectos de orientação, informação e esclarecimento sobre o papel do familiar no cuidado”

(SANTOS; SANDRI, 2020, p.5). A busca de informações que auxilie a interação com o paciente pode ser uma estratégia assertiva por parte dos profissionais, além de envolver o familiar e torná-lo participativo nesse processo.

Outro ponto a ser considerado é a comunicação entre a própria equipe assistencial, e, conforme apresentado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), o prontuário é a ferramenta, a qual garante a efetividade dessa comunicação, tendo como principal objetivo facilitar a assistência ao paciente (CFM, 1999). Na presente pesquisa, foi possível perceber as diversas possibilidades de buscar informações e conhecer as particularidades dos pacientes, as quais vão desde o próprio paciente, como seus familiares e profissionais que estão diretamente no processo do cuidado; além do prontuário do paciente, cabendo aos profissionais buscar essas informações, a fim de personalizar o planejamento da assistência que será ofertada.

No que diz respeito à importância de os profissionais de saúde disporem de tempo para interagir com o paciente e motivá-lo; como também, fornecerem conhecimento e ferramentas, que estimulem o autocuidado, identificou-se, na fala de um dos participantes, a seguinte UR:

“Oferecer as ferramentas que ele precisa. Estamos perto de implantar um protocolo de alta gerenciada de exercício, esse protocolo que a gente vai fazer, vai colocar em prática os exercícios autogerenciáveis, o paciente vai poder fazer os exercícios sozinhos ao longo do dia, essa ferramenta permitirá ele fazer além do período da Fisioterapia, ele vai tomar conta da reabilitação dele” (F10)

O envolvimento do paciente no cuidado, na tomada de decisão sobre as questões de sua saúde inclui sua participação ativa no planejamento, monitoramento e avaliação do seu cuidado. Essa atitude mencionada promove a autogestão do cuidado, podendo educar esse paciente para desospitalização e os cuidados domiciliares. Nessa perspectiva, instrumentos para avaliar a capacidade do paciente no enfrentamento do processo saúde-doença e o nível de ativação para a autogestão do cuidado têm sido desenvolvidos (CARVALHO et al, 2021).

Em seu estudo, Ferraz et al. (2021), apresentou a utilização de ferramentas para o gerenciamento do cuidado como uma das estratégias a ser utilizada na interação paciente x profissional, como o uso de *checklist* e formulários, podendo contribuir para a sistematização do cuidado centrado (FERRAZ et al., 2021).

É importante ressaltar que, para uma boa adesão ao autocuidado, os profissionais de saúde precisam conhecer e avaliar o nível de letramento dos pacientes, a fim de facilitar a troca de informações. Portanto, envolver o paciente no

cuidado pode contribuir para o letramento em saúde, além de auxiliar o paciente no enfrentamento do processo saúde-doença. Destacam-se, assim, as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, tais como: a comunicação aberta entre paciente e profissional de saúde; a realização de grupos educativos; o uso de recursos impressos; o desenvolvimento do plano de cuidados com o paciente; e o envolvimento da família/cuidador (CARVALHO et al, 2021).

Por meio dessa UR, foi possível perceber a importância de educar os pacientes para o autocuidado, considerando que o presente estudo ocorreu com profissionais que atuam em ambiente hospitalar, a atitude de preparar o paciente para a desospitalização, e entender o que ele precisa para que possa estar preparado para dar continuidade aos cuidados em domicílio, torna-se oportuno. Para tal, faz-se necessário que os profissionais tenham conhecimento e atitudes relacionadas à importância dessa construção.

As US relacionadas às atitudes de respeitar a autonomia do paciente e à necessidade de motivá-los para o seu próprio cuidado em saúde foram as unidades com o menor número de UR, cerca de 3,19% (somente 03 URs). O que atenta para atitudes relacionadas à oferta do cuidado, ainda voltadas para práticas dos profissionais de saúde, não construídas com os pacientes. Nas falas, a seguir, apresentam-se exemplos das referidas unidades.

“[...] você respeitar enquanto pessoa, respeitando a sua autonomia dentro dos limites dessa autonomia; mas eu acho que é basicamente isso.” (E19)

“Uma coisa importante também não é só o *feedback* do paciente para o profissional, mas o nosso *feedback* para ele “olha só, semana passada o senhor não conseguia fazer isso, olha como a gente já conseguiu [...]” (F3)

Um estudo publicado em 2014, abordou “O princípio da autonomia do Brasil”, alertando para a necessidade de discussão sobre essa temática: “Para que um indivíduo seja autônomo, ou seja, capaz de realizar escolhas autônomas, é necessário que este indivíduo seja capaz de agir intencionalmente, e que tenha liberdade para agir intencionalmente” (UGARTE; ACIOLY, 2014, p.1). A capacidade de realizar escolhas autônomas está relacionada com a liberdade de agir intencionalmente. Existem alguns aspectos que podem influenciar o desenvolvimento dessa capacidade, como fatores intrínsecos do indivíduo (menor idade ou que apresentem alguma limitação cognitiva) e fatores extrínsecos, como a disponibilidade de informações que auxiliem o indivíduo a realizar suas escolhas.

Nesse mesmo estudo, identificou-se uma discussão interessante entre o modelo paternalista e o modelo participativo. O modelo paternalista impede a atuação do paciente como agente de seu próprio tratamento, já o modelo participativo estimula a tomada de decisões livre e consciente, por meio do encorajamento do médico com o paciente (UGARTE; ACIOLY, 2014). Assim, o modelo participativo permite que o profissional de saúde e o paciente sejam envolvidos ativamente nas tomadas de decisão.

Assim, a construção da presente categoria contribuiu para a identificação das atitudes nas falas dos participantes relacionadas a um modo de agir, o qual se articula com os conhecimentos prévios apresentados pelos profissionais de saúde. Existe uma compreensão quanto à importância de o cuidado centrado ter o foco no paciente, ao compreendê-lo como um todo, de forma integral e em seu contexto de vida. O que dispõe de atitudes que: busquem a escuta do paciente e de seus familiares; a empatia; o vínculo; a motivação dos pacientes; e sua autonomia.

Todavia, atitudes que busquem potencializar a autonomia do paciente e sua participação ativa foram pouco apresentadas pelos participantes da pesquisa. O que parece ser um importante desafio para a efetivação do cuidado centrado no paciente como uma dimensão da oferta de um cuidado de qualidade e seguro, nas instituições hospitalares.

5.2.3 Categoria intitulada: Práticas dos profissionais relacionadas ao cuidado centrado no paciente.

No que diz respeito à terceira categoria intitulada “Práticas dos profissionais relacionadas ao cuidado centrado no paciente”, esta foi constituída por oito US, apresentadas em 210 URs. Esta categoria apresentou maior número de UR, onde os participantes relataram e exemplificaram como praticavam o cuidado centrado no seu cotidiano, na atenção hospitalar.

Foram temáticas que emergiram da análise: práticas baseadas em demandas, necessidades e problemas dos pacientes, além da doença; promover uma comunicação plena com o paciente, por meio da escuta, do ouvir e do diálogo com o paciente; da oferta multiprofissional do cuidado; da comunicação entre a equipe; da negociação com o paciente, onde ele é envolvido nas metas do dia a dia; das preferências dos pacientes, como a sua música preferida, como ele gosta de ser chamado.

Atenta-se, também, que foram identificadas na análise, práticas voltadas aos processos assistenciais, tais como: procedimentos clínicos e práticas de cuidado centrado.

A seguir, a tabela 3 apresenta o quantitativo de US e UR agrupadas na terceira categoria.

Tabela 4: Análise Temático-categorial baseadas nas respostas dos participantes acerca das Práticas sobre cuidado centrado no paciente - Rio de Janeiro, Brasil – 2022.

Cód. Un	Tema (Unidades de Significação)	Total UR	% UR	Categoria	Total UR	% UR
1	Prática do Cuidado Centrado com base nas demandas e/ou das necessidades/problemas do paciente, além da doença.	59	28,10%	Prática dos profissionais em relação ao cuidado centrado.	210	52%
2	Prática do Cuidado Centrado utilizando-se de uma comunicação plena com paciente.	7	3,33%			
3	Prática por meio da escuta e/ou ouvir e/ou conversar.	43	20,48%			

4	Prática multiprofissional na oferta do Cuidado Centrado.	28	13,33%			
5	Prática a partir da negociação e, de acordo com o paciente, envolvê-lo nos objetivos e nas metas do dia, compartilhando seus direitos, responsabilidades, seu estado de saúde e seu tratamento.	26	12,38%			
6	Prática a partir do conhecimento das preferências do paciente (a música preferida, como ele gosta de ser chamado).	14	6,67%			
7	Prática a partir da comunicação com a equipe como importante.	18	8,57%			
8	Práticas do Cuidado Centrado voltado à clínica, às práticas e/ou processos assistenciais.	15	7,14%			

Fonte: Autoria própria. Rio de Janeiro, RJ, 2022.

Sendo a prática do cuidado centrado no paciente desenvolvida por meio das demandas, necessidades e problemas que cada paciente apresenta, além da doença, essa US apresentou a segunda maior representatividade entre as três categorias instituídas nesse estudo, cerca de 28% das URs, onde os entrevistados citaram alguns exemplos, da importância de conhecer as necessidades e demandas dos pacientes e o planejamento da assistência além do tratamento da doença física. As falas, a seguir, exemplificam essa temática:

“Não é um cuidado centrado na doença, nem no procedimento em que a gente vai fazer, nem algo que a gente vai realizar. Será que aquela vovozinha que quebrou o fêmur, ela está internada ali, muitas vezes uma imagem de um santo católico de uma igreja que ela frequenta desde pequenininha, não tira mais a dor do que uma dipirona intravenosa?” (E6)
 “Vou tentando atender às outras necessidades desse paciente, como levá-lo para tomar um banho de sol, fazer um passeio no jardim, tento praticar isso, porque o paciente fica mais feliz e recebe melhor o tratamento”. (F14)

Os relatos evidenciaram a importância do cuidado individualizado. Em contraponto ao modelo biomédico, em meados do século XX, o modelo biopsicossocial começou a se consolidar entre profissionais da saúde, sob a perspectiva de que o ponto de partida do atendimento clínico deve ser a pessoa, e não a doença (CORGOZINHO et al., 2020). Assim como os participantes, o autor

descreve a importância da individualização do cuidado, referindo que o tratamento da doença pode ser impessoal, porém, o cuidado prestado, não.

O cuidado centrado no paciente envolve enfoques multiprofissionais, parcerias, respeito aos desejos do paciente, a partir de suas necessidades social, emocional e física, apoio, informação, comunicação, participação do paciente e de sua família, estímulo, respeito à dignidade e à privacidade, e, por fim, busca de conforto físico e emocional (PARANHOS; OLIVEIRA, 2018). Assim, o paciente deve ser envolvido, informado e ouvido, considerando-se suas necessidades físicas, emocionais, e, ainda, sociais.

Também, foi possível identificar URs, as quais apresentaram a prática do cuidado centrado, com base numa comunicação plena com o paciente, por meio da escuta, do ouvir e da conversa. Essas foram ditas como uma prática importante, pois parte do princípio de que conhecer as especificidades desse paciente contribui para apoiar a equipe na construção de um plano de cuidado, o qual atenda às suas reais necessidades:

“Nesses dias recebi uma paciente entubada que estava já em fase de desmame, já veio sem medicação de sedação, e ela não conseguiu se comunicar, fiz algumas tentativas e não consegui, aí resolvi imprimir o alfabeto, porque eu queria saber o que ela estava falando, ela estava alerta, estava com nível de consciência”. (E1)

“Se a gente chegar no leito querendo fazer só o exercício, não ouvir o paciente, não procurar saber o que está acontecendo, a gente acaba tratando só com um membro entendeu, e não atingimos as metas diárias com aquele paciente”. (F2)

“Vou citar um exemplo que aconteceu nessa semana, uma paciente jovem em torno de 50 anos, ativa, ela estava menos cooperativa, no geral, com todas as equipes. Não **queria** fazer o procedimento de fisioterapia especificamente, não queria os atendimentos, e a gente entendendo que quanto maior necessidade clínica dela, pior era a cooperação. Aí fui tentar entender o que estava acontecendo, e ela me explicou que ela estava preocupada porque ela era responsável pela sua situação financeira, e que ela não entendia como ela, sendo lúcida orientada e cooperativa, estava internada na unidade fechada durante tanto tempo”. (F13)

“Eu trabalhei por um bom tempo com pacientes cardíacos, em fila de transplante, então a gente aprende muito a olhar o paciente, a escutá-lo, um trabalho de formiga, porque a gente ia e voltava, conversava, voltava de novo, conversar de novo para ele tentar entender porque ele não estava aderindo ao tratamento, tentar entender o que ele queria para a vida dele”. (E15)

Uma das premissas para o envolvimento do paciente no cuidado é a interação profissional-paciente, com ênfase na comunicação. Desenvolver ações de comunicação efetiva dos profissionais de saúde entre si e com

pacientes/acompanhantes é uma necessidade, assim como o envolvimento dos pacientes nas decisões de saúde (CARVALHO, et al, 2021). Desse modo, muito se tem a ganhar com a comunicação clara e efetiva com os pacientes por meio da escuta. Os profissionais relatam em suas falas, a importância de tornar essa prática como estratégia que auxilie a compreensão do contexto no qual o paciente está inserido.

No estudo desenvolvido por Gomes (2016), cujo objetivo foi identificar e descrever as estratégias dos governos e organizações não governamentais de alguns países para alcançar o cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde, concluiu que:

“[...] ouvir e valorizar a opinião dos pacientes, entendendo o que eles experimentam e esperam dos serviços de saúde, adequando os serviços ao atendimento destas necessidades é o caminho do reconhecimento do cuidado centrado no paciente como elemento-chave da melhoria da qualidade em saúde” (GOMES, 2016, p. 90).

Nesse contexto, as falas dos participantes corroboram a importância da comunicação efetiva entre profissionais e pacientes por meio da escuta.

Além da comunicação com o paciente, os entrevistados citaram a importância da comunicação entre a equipe multiprofissional e o envolvimento da mesma na oferta do cuidado centrado. Inúmeros são os profissionais que participam da assistência no dia a dia das instituições hospitalares, cada profissional poderá obter informações importantes que auxiliem o entendimento da equipe sobre as particularidades dos pacientes, podendo garantir a continuidade do cuidado. Os entrevistados mencionaram a importância não só da comunicação, mas também do envolvimento de toda a equipe multiprofissional, cada um com sua expertise.

“A comunicação entre as equipes também facilita e ajuda muito nesse cuidado, porque cada um da equipe identifica algo diferente”. (F3)

“Gosto de conversar e envolver os colegas da equipe multi, tem a psicóloga, a fisio, assistente social, acho que envolvendo a equipe fica mais fácil de atender os pacientes”. (E20)

“Então acho que é isso, uma boa comunicação para conduzir nossa prática da melhor forma”. (M28)

Dentre as práticas que facilitam o envolvimento do paciente no cuidado, a interação profissional-paciente inclui a disponibilidade do profissional de saúde em orientar, considerar a individualidade e limitações, e, ainda, atender às necessidades que emergem durante a hospitalização (FERRAZ, et al, 2021). Porém, essa relação também se torna necessária entre a própria equipe multiprofissional, entendendo

que cada profissional atuando em sua área pode ter acesso a informações específicas que podem contribuir para o planejamento e oferta de cuidado individualizado.

Contudo, a comunicação profissional se constitui um desafio nas instituições. Pesquisas mostram que os profissionais de saúde têm dificuldades de manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe e, conseqüentemente, a segurança do paciente (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2014). Na saúde, os principais desafios encontrados para a comunicação efetiva no trabalho em equipe são:

“[...] a diversidade na formação dos profissionais; a tendência de uma mesma categoria profissional se comunicar mais uns com os outros e o efeito da hierarquia, geralmente com o médico ocupando posição de maior autoridade, situação que pode inibir os demais membros da equipe interdisciplinar” (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2014, p.2).

Cabe promover a reflexão da necessidade de as organizações identificarem tais dificuldades e estabelecer ações que estimulem a comunicação efetiva entre os profissionais. Nessa perspectiva, muitas estratégias são desenvolvidas para minimizar a fragilidade da comunicação entre as equipes, sendo elas: a utilização de ferramentas estruturadas como *checklist* e *rounds* multidisciplinares, as quais auxiliam a discussão e alinhamento das condutas. No que diz respeito às práticas do cuidado centrado, essa comunicação se faz necessária, a fim de promover o alinhamento entre os profissionais e os pacientes envolvidos no processo.

Outra US identificada nesta categoria foi a prática do cuidado centrado, baseada na negociação e envolvimento dos pacientes nas metas a serem alcançadas, composta por 26 UR. As falas a seguir discorrem sobre essa importância:

“Eu entendo que meu tratamento, é como se fosse um acordo com o paciente [...] Aproveito para orientar quais são as minhas obrigações em relação ao tratamento e as obrigações dele em relação ao tratamento. E toda vez tenho que revejo esse paciente, preciso refazer esse acordo, saber se ele está fazendo as coisas que ele deve fazer.” (F10)

“Tento explicar e informar o paciente sobre seu estado de saúde, e o que foi planejado para o seu tratamento, e compartilho questões importantes como os riscos que ele tem, exemplo risco de alergia”. (E17)

“[...] compartilhar como serão os próximos dias, percebo que muitas vezes a ansiedade dos pacientes pode estar relacionada com as poucas informações que passamos para eles”. (M21)

Também, foi exemplificado pelos participantes que uma prática de cuidado centrado é conhecer as preferências dos pacientes, como a música preferida e como ele gosta de ser chamado, com 18 URs identificadas sobre esse tema.

“Os pacientes pós-cirúrgicos, são de muitas demandas, são pacientes mais novos e diariamente a gente tem que estar sempre negociando com eles, eles pensam que após a cirurgia, se mobilizar e fazer exercício, vai piorar e não vai sair de alta. É um paciente que não é crônico [...] é um paciente que a gente precisa conhecer, com um prontuário de afeto (a música preferida, como ele gosta de ser chamado)”. (F2)

Destaca-se que, nesta pesquisa, somente os profissionais da fisioterapia mencionaram a prática de conhecer as preferências dos pacientes, podendo estar relacionado com a área de atuação desses profissionais, que além de tratamento voltado ao corpo físico, atuam na reabilitação dos pacientes, fazendo-se necessários o envolvimento e a adesão dos pacientes, para que os resultados sejam alcançados.

“No caso da fisioterapia, o paciente precisa ganhar força muscular, mas como é que ele gostaria de ganhar força muscular? Ele gosta de pedalar? Então vou trazer um ciclo ergômetro nesse paciente. Gostava de caminhar, de correr? Então vou aumentar o tempo de caminhada dele. Gostava de pintar? Então o que posso fazer para trabalhar também para que ele continue pintando após a saída dele do hospital?” (F3)

“Entendo que deveria ser o norte de todo mundo dentro de qualquer assistência ao paciente, assim, é sempre priorizar, priorizar as vontades do paciente” (F11)

“Conhecendo o que ele faz, o que ele gosta de fazer e tentar adaptar o meu atendimento para o que ele mais gosta de fazer”. (F16)

Vale ressaltar que o cuidado centrado, também, foi apresentado como um cuidado voltado às práticas e processos assistenciais clínicos através de 15 UR. As falas refletem uma possível limitação de cinco participantes acerca do cuidado centrado no paciente. Para estes, a prática do cuidado centrado se limita aos procedimentos assistenciais, como realizar curativos, verificar sinais, ou até mesmo o manejo ventilatório dos pacientes.

“Vou falar de forma geral, vamos pensar no momento recente que foi a pandemia, onde era importante a ventilação mecânica por exemplo. Esse paciente covid-19 era eleito a recrutamento alveolar na ventilação mecânica para a redução da hipercapnia, por exemplo da gasometria arterial, como fisioterapeuta temos um papel importante nessa demanda apresentada na melhora da ventilação do paciente com covid-19 a melhora da troca gasosa por exemplo, para uma boa recuperação.” (F8)

“Eu acho que o cuidado centrado no paciente se encontra desde a mudança de decúbito; observar se o paciente está com pulseira de identificação; tem que observar se o paciente tem exames para poder zerar a dieta, então eu acho que isso é um cuidado centrado”. (E9)

“[...] no meu plantão, o Médico falou que iria tentar ver como essa criança ficaria na enfermaria, teve o desmame de manhã durante a visita a médica, e fiquei naquela de observar a criança, o dia voltado completamente para ela, nós demos banho nela de verdade, ela tinha uma queda plantar bilateral, coloquei o hidrocoloide para proteção dela. Não só eu, mas com as minhas três técnicas, nós nos voltamos para ela”. (E19)

“Como te falei, tudo começa com uma boa anamnese, ali a gente já colhe informações importantes, tento solicitar exames específicos e definir tratamentos individuais”. (M28)

Esta categoria revelou a exemplificação de práticas voltadas ao cuidado centrado no paciente, no âmbito hospitalar. São práticas que se descrevem próximo ao paciente, em equipe multiprofissional e que partem de uma aproximação do próprio profissional. Não foram identificadas falas relacionadas a um incentivo da gestão das instituições quanto a ferramentas, *checklists* ou protocolos que visem potencializar um modelo de atenção à saúde voltado ao cuidado centrado no paciente, como uma das dimensões da qualidade do cuidado e da segurança do paciente.

A identificação de exemplos nas falas dos participantes desta pesquisa, quanto ao cuidado centrado voltado aos aspectos clínicos, também, desperta para a importância de discutir esta temática com os profissionais de saúde na atenção hospitalar.

Foi interessante identificar, na análise das entrevistas, que os participantes do estudo apresentam práticas próximas aos pacientes, que visam conhecer o paciente em seu contexto de vida, no desenvolvimento de uma comunicação, pautada na escuta e na conversa, por meio de uma equipe multiprofissional. A negociação e o envolvimento dos pacientes, também se apresentam como ponto interessante para a caracterização das práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Contudo, é importante o aprofundamento dos objetivos da negociação e do envolvimento do paciente, se, de fato, tais práticas são para a definição conjunta de metas ou para trazer o paciente para o plano de cuidados proposto pela equipe de saúde ou a instituição hospitalar.

Ao identificarmos durante a análise das entrevistas, os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre a temática cuidado centrado no paciente, observou-se que a oferta deste cuidado, ainda se apresenta como um processo, sendo importante refletir quanto à necessidade da inserção do cuidado

centrado no paciente como um modelo de atenção, e não apenas como uma abordagem individual de cada profissional de saúde.

Assim, no presente trabalho, o cuidado centrado no paciente é apresentado ao articular o conhecimento, as atitudes e as práticas dos profissionais de saúde ao cotidiano do cenário da atenção hospitalar. Através desta articulação, elaborou-se uma apresentação simbólica sobre de que forma o cuidado centrado vem sendo desenvolvido pelos profissionais de saúde como uma abordagem, e quais pistas são identificadas para a reflexão quanto à constituição de um modelo de atenção pautado no cuidado centrado.

Quadro 4: Apresentação simbólica do que se refere a uma abordagem e um modelo do cuidado centrado no paciente.

	CONHECIMENTO	ATITUDES	PRÁTICAS
Abordagem centrada no paciente	<p>Conhecimento sobre a importância do envolvimento do paciente;</p> <p>Conhecimento individual do profissional de saúde.</p> <p>Cuidado integral, holístico e humanizado, voltado à segurança do paciente.</p> <p>Conhecimento das necessidades de saúde do paciente</p> <p>Conhecimento ancorado no profissional de saúde,</p>	<p>Comunicação e diálogo entre profissionais de saúde, pacientes e familiares</p> <p>Envolver o paciente no cuidado; valorização da opinião e das necessidades do paciente por meio da ação de ouvir.</p> <p>Escuta do paciente e de seus familiares;</p> <p>Empatia; vínculo; relação de confiança entre pacientes e profissionais.</p> <p>A motivação dos pacientes e sua autonomia.</p>	<p>Comunicar-se com o paciente, dispondo de tempo para ouvir suas necessidades;</p> <p>Planejar o cuidado individualizado, respeitando suas preferências e necessidades.</p> <p>Negociação com o paciente, e envolvê-lo nas metas do dia a dia.</p> <p>Compartilhar informações sobre seu tratamento;</p> <p>Envolvimento da equipe multiprofissional no cuidado;</p> <p>Dispor de informações e ferramentas que estimulem o autocuidado.</p>

<p>Modelo cuidado centrado no paciente</p>	<p>Conhecimento dos profissionais de saúde e da gestão quanto aos processos, ferramentas e instrumentos para a oferta do cuidado centrado que oriente as decisões clínicas;</p> <p>Conhecimento coletivo, institucional;</p> <p>Educação Permanente</p> <p>Educação em saúde para pacientes e familiares quanto ao envolvimento do paciente e familiares em seu cuidado.</p>	<p>Compartilhar informações e decisões.</p> <p>Comunicação e diálogo entre profissionais de saúde, gestores; pacientes e familiares.</p> <p>Ativar o paciente para a corresponsabilização do cuidado.</p> <p>Inserção da opinião e necessidades do paciente no plano de cuidados</p>	<p>Definição de protocolos que visem potencializar um modelo de atenção à saúde voltado ao cuidado centrado no paciente.</p> <p>Elaboração de ferramentas que auxiliem a prática do cuidado centrado (como checklist);</p> <p>Disponibilizar materiais e estratégias educativas para o letramento em saúde.</p> <p>Promover discussões sobre a temática com os profissionais de saúde na atenção hospitalar.</p>
---	--	--	--

Fonte: Autoria própria. Rio de Janeiro, RJ, 2023.

As limitações do estudo consistiram na dificuldade de retorno ao convite por parte de algumas categorias profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, como nutricionistas e psicólogos; assim como a disponibilidade de alguns profissionais de saúde em realizar as entrevistas. Outra dificuldade foi relacionada à captação de novos contatos, já que os profissionais que haviam sido entrevistados, por vezes, demoraram nas indicações de outros potenciais participantes. Por se tratar de uma pesquisa em formato *online* (remoto), o aprofundamento do tema durante as entrevistas, também, foi um limitante a ser considerado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo alcançou o resultado esperado, ao analisar o conhecimento, as atitudes e as práticas dos profissionais de saúde acerca do cuidado centrado no paciente. Mesmo sendo um tema incipiente, os profissionais apresentaram em suas falas os princípios que norteiam o cuidado centrado no paciente, articulando-os aos referenciais teóricos voltados às políticas públicas de saúde e aos conceitos de qualidade do cuidado e segurança do paciente. Sendo importante a reflexão quanto à ativação deste paciente em seu próprio cuidado.

Desenvolver uma pesquisa abordando o modelo CAP agregou a identificação da lacuna do conhecimento à necessidade de reflexão da qualidade de participação dos pacientes nos seus cuidados em saúde, nas instituições hospitalares. Tal lacuna pode ser um fator que influencia o comportamento e produz práticas profissionais, nem sempre analisadas pelos participantes em sua necessidade de qualificação.

Questões relacionadas à importância da participação do paciente na autogestão do seu cuidado estão presentes nas políticas de saúde que norteiam as práticas em saúde no BR, conforme observado na PNSP e no Humaniza-SUS, os quais abrangem toda a rede de atenção à saúde. Todavia, a participação do paciente, com base nesta pesquisa, parece, ainda, apresentar-se como um desafio ao se pensar a construção do cuidado centrado e a constituição de um modelo de atenção voltado ao cuidado centrado.

Fundamentando-se na análise, é importante ressaltar que houve dificuldade por parte da pesquisadora em identificar as “atitudes nas falas dos entrevistados”. Nesse ponto, foi notório que alguns entrevistados confundiram as atitudes com as práticas, demonstrando a necessidade de os profissionais alinharem o conhecimento que possuem às suas atitudes e ao seu comportamento no dia a dia. Essa dificuldade de entendimento pode estar relacionada com a não compreensão acerca do fato de que a atitude é o comportamento habitual, independentemente das circunstâncias. Identificou-se que, refletir sobre suas atitudes pode contribuir para a construção de práticas voltadas ao cuidado centrado.

No que diz respeito à prática do cuidado centrado, os resultados apontaram que a maioria dos profissionais entrevistados citou inúmeros exemplos de como

exerce o cuidado centrado no paciente, a despeito dos desafios encontrados, nas rotinas assistenciais. Os dados demonstram a preocupação dos profissionais em desenvolverem uma prática próxima ao paciente, mesmo que de forma tímida em alguns casos. Sendo importante aprofundar os conhecimentos, atitudes e práticas quanto à participação do paciente e de seus familiares na construção do cuidado.

Como a atuação profissional da pesquisadora principal desta dissertação está diretamente ligada à gestão da qualidade em saúde, em um hospital privado, percebeu-se, através dessa pesquisa, que as atitudes e práticas apresentadas sobre o cuidado centrado impedem uma melhor reflexão sobre o tema. O desenvolvimento dessa pesquisa ampliou a compreensão do cuidado centrado no paciente quanto aos princípios que o norteiam; das nomenclaturas utilizadas (cuidado centrado no paciente, pessoa, no indivíduo e na família); e até mesmo no entendimento que o cuidado centrado perpassa para além das questões de satisfação do cliente, no que diz respeito ao universo da gestão de qualidade em saúde. Está ligado à participação do paciente e sua família; à humanização, respeito às diferenças e estímulo à autonomia; ao compartilhamento de responsabilidades e, principalmente, à coprodução do cuidado em saúde.

O presente estudo poderá contribuir para o ensino e a pesquisa através da sinalização da necessidade de ampliar discussões a respeito da temática, na atenção hospitalar. Entendendo que construir o cuidado centrado no paciente não é uma tarefa fácil, sendo importante a elaboração de estudos que fomentem a discussão sobre cuidado centrado, não apenas como uma abordagem profissional, mas também a importância de ser desenvolvido como um modelo institucional, onde o apoio e as diretrizes definidas pela alta gestão nortearão os profissionais em suas abordagens. Sugere-se o desenvolvimento de estudos que pesquisem sobre a sistematização do cuidado centrado e a validação de ferramentas que norteiam a prática, além de possibilitar o monitoramento da qualidade do cuidado ofertado. Sugere-se, também, o desenvolvimento de pesquisa sobre a temática, voltada aos gestores em saúde.

7. REFERÊNCIAS

AGRELI, H.F., PEDUZZI, M., SILVA, M.C. **Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa.** Interface (Botucatu). 2016; 20(59):905-16.

ALMEIDA, H.O.C., GÓIS, R.M.O. **Avaliação da satisfação do paciente: indicadores assistenciais de qualidade.** Rev. Adm. Saúde (On-line), São Paulo, v. 20, n. 81: e244, out. – dez. 2020, Epub 26 dez. 2020.

BOSI, M.L.M., PONTES, R.J.S., VASCONCELOS, S.M. **Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores.** Rev Saúde Pública 2010;44(2):318-24.

BRASIL. Ministério da Educação. **Manual do Aplicador do Estudo CAP.** Brasília - DF Instituto Nacional do Desenvolvimento da Educação, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_2004.pdf. Acessado em 12 de mar. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Política nacional de Humanização.** Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_fol_heto.pdf. Acessado em: 20 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Ministério da Saúde, 2013. Disponível em; https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf. Acessado em: 15 de dez 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acessado em: 10 de mar. 2021.

CANDEIAS, N. M. F., MARCONDES, R. S., **Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública**. Rev Saúde públ., S. Paulo, 1979.

CARVALHO, P.R. et al. **Participação do paciente na segurança do cuidado: percepção de profissionais da Atenção Primária à Saúde**. Rev Bras Enferm. 2021.

CHIBATE, C.L.P. **O paciente como protagonista do cuidado de enfermagem durante a hospitalização: Subsídios para a autonomia no processo de viver com DCNTS**. Niterói - RJ, 2018. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/9186>. Acessado em: 21 de novembro de 2021.

CORGOZINHO, M.M., BARBOSA, L.O., ARAÚJO, I.P., ARAÚJO, G.T.F. **Dor e sofrimento na perspectiva do cuidado centrado no paciente**. Rev. Bioét. vol.28 no.2 Brasília Abr-Jun. 2020.

COUTINHO, A.F.P. et al. **Satisfação dos Pacientes Atendidos no Ambulatório de Educação em Saúde**. Rev Fund Care Online.2019. out./dez.; 11(5):1111-1116.

COSTA, D.G. et al. **Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3272

CRUZ, A.C., PEDREIRA, M.L.G. **Cuidado centrado no paciente e na família e segurança do paciente: reflexões sobre a proximidade emergente**. Rev Bras Enferm. 2020.

Donabedian, A. (1988). "A qualidade dos cuidados: Como pode ser avaliado". JAMA121(11):.1145-1150doi:10, 1001 /ama.1988.03410120089033.PMID3045356.

FERNANDES, A.M. et al. **METODOLOGIA DE PESQUISA DE DISSERTAÇÕES SOBRE INOVAÇÃO: ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA**. Desafio Online v.6, n.1, art.8 Jan./Abr. (2018) 141-159

FERRAZ, E.S. et al. **Envolvimento do paciente na segurança do cuidado hospitalar: percepção dos profissionais de saúde**. Enferm Foco. 2021;12(4):806-12.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz. **Simplificando o cuidado centrado na pessoa**. Proqualis. Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde - Fiocruz, 2016.

GALVÃO, C.M. **Níveis de evidências**. Acta Paul Enferm 2006;19(2):V.

GOMES, P.H.G. **O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde: as estratégias utilizadas pelos governos**. 2016. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016. Acessado em: 15 de jul. 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19381>.

GOMES, P., MENDES JUNIOR, W.V. **O cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde: estratégias de governos e organizações não governamentais**. Revista ACRED - ISSN 2237-5643 v. 7, n. 13 (2017).

MARINHO, L.A.B.M., GURGEL, M.S.C., CECATTI, J.G., OSIS, M.J.D. **Conhecimento, atitude e prática do autoexame das mamas em centros de saúde**. Rev Saúde Pública 2003;37(5):576-82.

MARTINS P.F., PERROCA, M.G. **Care necessities: the view of the patient and nursing team**. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(5):1026-32.

MARTINS, M. **Qualidade do cuidado de saúde**. In: SOUSA, P., and MENDES, W., comps. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* [online]. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 27-40.

MELO, P.S.A. **Validação do inquérito Conhecimentos, Atitudes e Prática (CAP) sobre a humanização na assistência ao parto e nascimento**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

MENESES, A.C.C. **Inquérito de conhecimento, atitude e prática: o autocuidado e condutas de pacientes em tratamento para tuberculose**. Revista Interdisciplinar em Saude, Cajazeiras, 8 (unico): 498-516, 2021, ISSN: 2358-7490.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MOREIRA, V. **Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, out./dez. 2010.

MORORÓ, D.D.S. et al. **Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar**. Acta Paul Enferm. 2017; 30(3):323-32.

NASCIMENTO, R.K.M. et al. **Consulta de enfermagem pré-procedimento de cateterismo cardíaco: avaliação da satisfação do paciente**. Rev enferm UERJ. Rio de Janeiro, 2021; 29:e49970.

OLIVERIA, D.C. **Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76.

OLIVEIRA, M.L.C, GOMES, L.O., SILVA, H.S., CHARIGLIONE, I.P.F.S. **Conhecimento, atitude e prática: conceitos e desafios na área de educação e saúde**. Rev. Educ. Saúde; 8 (1) ISSN: 2358-9868.

PASSAMAI, Maria da Penha Baião. **Letramento Funcional em saúde de adultos no contexto do sistema único de saúde: um caminho para a promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis**. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2012.

PARANHOS, D.G.A.M., ALBUQUERQUE, A., GARRAFA V. **Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente.** Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.4, p.932-942, 2017.

PARANHOS, D.G.A.M., OLIVEIRA., A.A.S. **O modelo de cuidado centrado no paciente sob a perspectiva do paciente idoso.** Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit., Brasília, 7(2):95-109, abr-jun, 2018.

PINHO, L.B, et al. **A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2007 Set-Dez; 9(3):835-846.

RABELLO, C.M. **Necessidades Físicas, Emocionais e Socioeconômicas no Pós-tratamento do Câncer de Cabeça e Pescoço: um Estudo Qualitativo.** Revista Brasileira de Cancerologia 2021; 67(3): e-191221.

RADAELLI, C., et al. **O cuidado humanizado no ambiente de urgência e emergência: Uma revisão integrativa.** Research, Society and Development, 2019, vol. 8, núm. 6, ISSN: 2525-3409 / 2525-3409.

REIS, C.T., MARTINS, M., LAGUARDIA, J., **A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde – um olhar sobre a literatura.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(7):2029-2036, 2013.

RODRIGUES, J.L.S.Q., PORTELA., M.C, MALIK., A.M. **Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva. 2019.

RODRIGUES, T.D.F.F., OLIVEIRA, G.S.O., SANTOS, A.S. **As pesquisas qualitativas e quantitativas na educação.** Revista Primas. Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 154-174, 2021.

SANTOS, C.M.C., PIMENTA, C.A.M., NOBRE, M.R. **A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências.** Rev Latino-am Enfermagem 2007.

SANTOS, R.P., NEVES, E.T., CARNEVALE, F. **Qualitative methodologies in health research: interpretive referential of Patricia Benner.** Rev Bras Enferm. 2016;69(1):178-82.

SILVA, P.L. **O modelo de cuidado centrado no paciente: o caso de um hospital geral de grande porte de Belo Horizonte/MG.** Belo Horizonte: 2020.

SILVA, C.A.B.S., ROSA, D.O.S., **Cultura de Segurança do Paciente em organização hospitalar.** Cogitare Enferm. 2016 v. 21 n. esp: 01-10

SOARES, A.C.O. **Dor em Unidade Neonatal: Conhecimento, Atitude e Prática da Equipe de Enfermagem.** Br J Pain. São Paulo, 2018 out-dez;1(4):354-8.

SODER, R. et al. **Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem.** Enferm. Foco 2018; 9 (3): 76-80.

SOUZA, M.T., SILVA, M.D., CARVALHO, R. **Revisão Integrativa: O que é e como fazer.** Einstein (São Paulo) 8 (1), jan-mar 2010.

SOUZA, M.C., et al. **Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia.** O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):452-460.

SOUZA, I; HOKAMA, P; HOKAMA, L. **A empatia como instrumento para a humanização na saúde: concepções para a prática profissional.** REVASF, Petrolina- Pernambuco - Brasil, vol. 10, n.21, p. 148-167, maio/junho/julho/agosto, 2020.

TONDO, J.C.A., GUIRARDELLO, E.B. **Perception of nursing professionals on patient safety culture.** Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(6):1284-90.

TONG, A., SAINSBURY, P., CRAIG, J. **Consolidated criteria for reporting qualitative reserarcha (COREQ): a 32-item checklist for intervies and focus groups.** Int J Qual Health Care 2007;19(6): 349-357.

UGARTE, O.N; ACIOLY, A. **O princípio da autonomia no Brasil: discutir é preciso.** Rev. Col. Bras. Cir. 2014; 41(5): 274-277.

WANDERLEY, V.S et al. **Identificando elementos do cuidado centrado na pessoa: estudo qualitativo a partir da perspectiva de pacientes hospitalizados.** Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 41, n. 2, Supl., p. 283-308, nov. 2020.

WHO. **World Alliance for Patient Safety: forward programme.** Genebra; 2005.

World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care. Genebra; 2006.

WHO. **World Alliance for Patient Safety. First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care.** Genebra; 2006.

WHO. **Advocacy, communication and social mobilization for TB control: a guide to developing knowledge, attitude and practice surveys.** Genebra, 2008.

WHO. **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: Final Technical Report.** Genebra, 2009.

WHO. **Estrutura conceptual da classificação internacional sobre segurança do doente.** Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde, 2011.

WHO. **Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde.** Genebra, 2020.

WHO. **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde.** Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Querido participante,

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Que está sendo desenvolvida por Elane Moreira de Mattos Chaves, discente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), sob a orientação da Prof^a Dr^a Vanessa Almeida Ferreira Corrêa e coorientação da Prof^a Dr^a Renata Flávia Abreu da Silva.

O objetivo da pesquisa é compreender os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o cuidado centrado no paciente, em instituições hospitalares públicas e privadas. Com a finalidade de contribuir na ampliação das discussões dessa temática e agregar valor às práticas voltadas para atender as necessidades individuais do paciente. A sua participação é de grande importância, pois possibilitará que essa pesquisa seja realizada.

Solicito a sua colaboração em fornecer uma entrevista *online*, para que os dados sejam coletados. Afirmamos que suas respostas serão mantidas em sigilo e confidencialidade, preservando sua identidade em todas as fases da pesquisa. Leia atentamente as informações abaixo antes de nos fornecer seu consentimento e caso haja algum desconforto poderá se recusar a participar da pesquisa sem dar nenhuma explicação:

- A entrevista será realizada via *online*, através da plataforma *Zoom*, em dias e horários previamente combinados, sendo mantida a privacidade pela solicitação de manter a sua câmara desligada durante toda a entrevista.
- O tempo de duração aproximado da entrevista será de 30 minutos.
- A entrevista será gravada através da própria plataforma *Zoom*.
- O material das entrevistas ficará sob a minha guarda por um ano e será usado apenas para fins de pesquisa. Após o tempo determinado, as gravações serão destruídas.
- Você poderá ter acesso a esse material a qualquer momento, seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e as suas respostas serão tratadas de forma anônima.
- Caso você demonstre estar constrangido e apresentar desconforto psicológico e/ou emocional a entrevista será imediatamente suspensa e se for de sua vontade, daremos prosseguimento.
- Os resultados da pesquisa serão divulgados através da dissertação de mestrado em enfermagem e também poderão ser difundidos em artigos, congressos, simpósios, reuniões, conferências, mesas redondas e demais

meios de divulgação científica, sempre resguardando sigilo e a privacidade dos participantes, bem como a confidencialidade das informações.

- Informamos que o estudo não apresenta nenhum benefício direto ao participante, no entanto apresenta o benefício geral de subsidiar melhorias no processo de ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde, proporcionando conseqüentemente uma melhor qualidade na assistência ao paciente. Não podemos negar que a pesquisa envolve riscos como: constrangimento; vergonha; desconforto ao fornecer suas respostas para a pesquisa; estresse; cansaço ao responder às perguntas; invasão de privacidade e a quebra de sigilo; à fragilidade dos dados frente à internet, assim os pesquisadores indicam que não é solicitado o nome dos participantes no formulário.
- Após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), se precisar de alguma informação adicional, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável.
- O TCLE será disponibilizado em uma via assinada pela pesquisadora responsável, por mensagem de *Whatsapp*® ou via chat da Plataforma ZOOM, logo após a realização da entrevista, sendo que uma cópia será arquivada pela mesma.
- Sua participação na pesquisa é voluntária e não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização da entrevista prevista neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação.

O trabalho de pesquisa foi baseado na resolução 466/2012 e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Desta forma, caso deseje, você poderá entrar em contato com o Comitê através do endereço de e-mail: cep@unirio.br, endereço: Av, pauster,296 - subsolo do prédio de Nutrição Urca ou telefone: 25427796.

Segue abaixo os dados pessoais da pesquisadora principal, caso necessite entrar em contato: Elane Moreira de Mattos Chaves – Tel: (21) 97972-8904; E-mail: elane.moreira@edu.unirio.br A partir disto, solicitamos que caso esteja de acordo em participar da pesquisa, realize a marcação no item “Aceito participar voluntariamente da pesquisa” disposto abaixo deste termo. Caso não esteja confortável a participar, realize a marcação no item “Prefiro não participar”.

() Aceito participar voluntariamente da pesquisa

() Prefiro não participar

Elane Moreira de Mattos Chaves

APÊNDICE B**DADOS GERAIS DOS PARTICIPANTES****Idade atual:****Sexo:****Categoria profissional:** Médico Enfermeiro Fisioterapeuta Psicólogo Nutricionista Fonoaudiólogo Outros: _____**Tempo de formação (anos):** _____**Formação: Graduação/Pós/****Já fez algum curso sobre segurança do paciente?** Sim Não
Qual? _____**Já fez algum curso sobre qualidade do cuidado?** Sim Não
Qual? _____**Já teve alguma educação permanente sobre a temática de segurança do paciente ou qualidade do cuidado?** Sim Não**Local de atuação** Instituição pública. Instituição privada. Ambas

APÊNDICE C

ROTEIRO ENTREVISTA - *ONLINE* Conhecimento, Atitude e Prática (CAP)

- Há quantos anos trabalha na assistência direta ao paciente?

CONHECIMENTO

- O que você entende sobre cuidado centrado no paciente?

ATITUDES

- Como você lida com as necessidades e preferências dos pacientes no seu cotidiano profissional?
- Existem discussões sobre esse assunto no seu cotidiano?

PRÁTICAS

- O que você busca para fundamentar sua prática?
- Como você e sua equipe praticam a centralidade do cuidado no paciente? Cite um exemplo.
- Existem protocolos/ferramentas/estratégias/programas específicos(as) na sua área/instituição que abordem esta temática?
- Tem mais alguma coisa que você gostaria de falar acerca da temática?

CRONOGRAMA

ATIVIDADES	Mar a Jul 2021	Ago a Out 2021	Fev a Mar 2022	Abr a Jul 2022	Ago a Out 2022	Nov a Jan 2023	Fev 2023	Abr 2023
Levantamento Bibliográfico								
Estrutura do projeto								
Submissão para apreciação ética								
Início da Coleta de Dados (apenas após a aprovação do CEP/UNIRIO)								
Análise dos Dados								
Revisão e Redação final								
Qualificação								
Entrega do trabalho final								

ANEXO 01 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Pesquisador: Elaine Moreira de Mattos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55798022.2.0000.5285

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Biociências

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.248.260

Apresentação do Projeto:

Texto retirado das Informações Básicas do Projeto e inseridas na Plataforma Brasil pelo(a) pesquisador responsável ou qualquer membro da pesquisa.

Introdução O modelo cuidado centrado orienta os profissionais de saúde a trabalharem colaborativamente com o paciente, construindo o cuidado que esteja adaptado às suas necessidades individuais, e não à doença em si. O conceito transforma o paciente em um participante ativo, empoderando-o sobre seu estado de saúde; e permitindo que ele adquira conhecimento e discernimento em relação aos acontecimentos, que envolvem seus cuidados e sua vida. Estimular os pacientes a participarem das decisões do cuidado funciona como um parâmetro importante da qualidade da assistência que está sendo oferecida, porém discussões sobre essa temática ainda são incipientes dentro das instituições de saúde.

Neste sentido, o Objetivo geral da pesquisa é: Compreender os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o cuidado centrado no paciente, em instituições hospitalares públicas e privadas. Os objetivos específicos são: Identificar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o cuidado centrado no paciente em instituições hospitalares públicas e privadas; Caracterizar as atitudes dos profissionais de saúde sobre o cuidado centrado no paciente em instituições hospitalares públicas e privadas; e Caracterizar quais as práticas dos profissionais de saúde de instituições hospitalares públicas e privadas são voltadas ao cuidado centrado no

Endereço: Av. Pasteur, 296 subbloco da Escola de Nutrição
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7795 E-mail: cep@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 5.248.290

paciente. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva, com abordagem qualitativa. Os participantes deste estudo serão profissionais da saúde, com formação de nível superior, que compõem a equipe multidisciplinar das instituições hospitalares públicas e privadas na cidade do Rio de Janeiro - RJ. Estes serão convidados através de amostragem não probabilística pela rede de contatos das pesquisadoras, através de e-mail e/ou mensagem de Whatsapp @ e/ou contato telefônico, sempre por meio do contato profissional do potencial participante e realizado pela pesquisadora principal deste projeto. Os dados serão coletados por meio de uma entrevista semiestruturada via online, através da plataforma Zoom. Para nortear a entrevista foi elaborado um roteiro composto por questões abertas construídas mediante leitura de outros trabalhos e o Inquérito Conhecimento, Atitudes e Práticas. A análise dos dados será realizada de acordo com o conteúdo na perspectiva de Bardin, através da sistematização proposta por Oliveira (2008). O estudo será iniciado apenas após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unirio. **Descritores/palavras-chave:** Cuidado centrado no paciente; Assistência centrada no paciente; Conhecimentos, atitudes e práticas."

Objetivo da Pesquisa:

Texto retirado das Informações Básicas do Projeto e inseridas na Plataforma Brasil pela/elo pesquisader responsável ou qualquer membro da pesquisa.

***Objetivo Primário:**

Compreender os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde sobre o cuidado centrado no paciente, em instituições hospitalares públicas e privadas.

Objetivo Secundário:

Identificar os conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o cuidado centrado no paciente em instituições hospitalares públicas e privadas.

Caracterizar as atitudes dos profissionais de saúde sobre o cuidado centrado no paciente em instituições hospitalares públicas e privadas.

Caracterizar quais as práticas dos profissionais de saúde de instituições hospitalares públicas e privadas são voltadas ao cuidado centrado no paciente."

avaliação dos Riscos e Benefícios:

Texto retirado das Informações Básicas do Projeto e inseridas na Plataforma Brasil pela/elo pesquisader responsável ou qualquer membro da pesquisa.

***Riscos:**

Endereço: Av. Pasteur, 296 subloca da Escola de Nutrição
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 E-mail: cep@unirio.br

Continuação do Parecer: 5.246.290

Os riscos identificados pela participação no estudo são: constrangimento; vergonha; desconforto ao fornecer suas respostas para a pesquisa; estresse; cansaço ao responder às perguntas; invasão de privacidade e a quebra de sigilo. Para que se possa mitigar esses riscos, será oferecido a todos os participantes o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, se assim desejarem. Os riscos apresentados também são relacionados à fragilidade dos dados frente à internet, assim os pesquisadores indicam que não é solicitado o nome dos participantes no formulário.

No que diz respeito a contaminação, pelo vírus da Covid 19, não haverá o risco de contaminação, devido o processo de coleta de dados ser realizado no modelo online.

Benefícios:

O estudo não apresenta nenhum benefício direto ao participante, no entanto apresenta benefícios gerais, com a finalidade de contribuir na ampliação das discussões dessa temática e agregar valor às práticas voltadas para atender as necessidades individuais do paciente."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa em desenvolvimento junto ao PPGENF-UNIRIO.

Pesquisa relevante e importante para a prática clínica interdisciplinar, uma vez que o cuidado centrado no paciente pertence ao campo da saúde, não se restringindo a um núcleo específico de conhecimento.

A pesquisa visa integrar 30 participantes. Serão desenvolvidas entrevistas de forma online guiadas por um roteiro. Tais entrevistas serão gravadas apenas em áudio. O processo de seleção dos participantes ocorrerá a partir do método "bola de neve".

O convite aos potenciais participantes foi apresentado detalhadamente:

"Inicialmente os profissionais receberão um convite, sempre por meio do contato profissional do potencial participante, para participarem da pesquisa por e-mail ou mensagem de Whatsapp @ ou contato telefônico realizado pela pesquisadora principal, que apresentará as orientações acerca da pesquisa. A entrevista será realizada via online, através da plataforma Zoom, em dias e horários previamente combinados, sendo mantida a privacidade pela solicitação de manter a sua câmera desligada durante toda a entrevista. Após o aceite do convite, os participantes receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura e registro do aceite (Apêndice A). A entrevista será online, marcada nos dias e horários convenientes para ambas as partes. Antes do horário da entrevista, os participantes receberão via contato profissional do participante (e-mail ou Whatsapp @ ou contato telefônico) o

Endereço: Av. Pasteur, 296 subloco da Escola de Nutrição
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7795 E-mail: oep@unirio.br

Continuação do Parecer: 5.240.290

link da sala virtual para a reunião.”

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: Folha de rosto adequada; Projeto detalhado; TCLE; Roteiro da entrevista; Instrumento de caracterização dos participantes; Cronograma com início de coleta de dados previsto para abril/2022; Orçamento com financiamento próprio;

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende ao que é vigente e disposto nas Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016 e, ainda, na Carta Circular CONEP 001/2021 que trata de pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Não foram identificadas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezada Pesquisador,

Inserir os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

Consulte o site do CEP UNIRIO (www.unirio.br/cep) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

- a) Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");
- b) Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo pesquisa; observação de efeitos adversos, ...) e a forma de comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1895187.pdf	10/02/2022 18:30:36		Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296 subseq de Escola de Nutrição
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefones: (21)2542-7796 E-mail: cep@unirio.br

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 5.240.290

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDePesquisa.docx	10/02/2022 16:27:44	Eiane Moreira de Mattos	Aceito
Folha de Rosto	Foihaderosto.pdf	10/02/2022 18:25:08	Eiane Moreira de Mattos	Aceito
Outros	ApendiceRoteiroEntrevistaOnline.docx	10/02/2022 15:56:46	Eiane Moreira de Mattos	Aceito
Outros	ApendiceDadosGerais.docx	10/02/2022 15:55:53	Eiane Moreira de Mattos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceTCLE.docx	10/02/2022 15:53:25	Eiane Moreira de Mattos	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	10/02/2022 15:51:43	Eiane Moreira de Mattos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 17 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
ANDRESSA TEOLI NUNCIARONI FERNANDES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 296 subloco de Escola de Nutrição
Bairro: Urca CEP: 22.290-240
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefones: (21)2542-7796 E-mail: cep@unirio.br